

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro Sócio-Econômico  
Departamento de Serviço Social

Rosicléa Martins

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS**

Florianópolis

2012

Rosicléa Martins

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS**

.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Departamento de Serviço Social da  
Universidade Federal de Santa Catarina, como  
requisito para obtenção do título de Bacharel  
em Serviço Social.

Orientador: Rosana de C. Martinelli Freitas.

Florianópolis

2012

Rosicléa Martins

**A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO E SEUS REFLEXOS NA  
ATENÇÃO À SAÚDE EM FLORIANÓPOLIS**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado com  
requisito parcial para obtenção do título de bacharel  
em Serviço Social, do Departamento de Serviço  
Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Aprovado em:

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Presidente: Prof<sup>a</sup>. Dra Rosana de Carvalho Martinelli Freitas— Orientadora, UFSC

---

Membro: Prof<sup>a</sup>. Dra. Tânia Regina Krüger, UFSC

---

Membro: Assistente Social Débora Martini, Núcleo de apoio a saúde da Família (NASF)  
Centro

## AGRADECIMENTOS

Jamais vou esquecer-me das pessoas que fizeram diferença em minha vida...

Em tempos em que quase ninguém se olha nos olhos, em que a maioria das pessoas pouco se interessa pelo que não lhe diz respeito, só mesmo agradecendo àqueles que percebem nossas descrenças, indecisões, suspeitas, tudo o que nos paralisa, e gastam um pouco da sua energia conosco, insistindo. (Martha Medeiros)

Em primeiro lugar, agradeço a **Deus** pela vida, por estar sempre no meu caminho, por todas as bênçãos e oportunidades que me deu, por me guiar e me iluminar em cada momento de minha vida.

Em segundo lugar agradeço a minha família, fonte permanente de amor, por estarem sempre ao meu lado e serem o meu porto seguro em todos os momentos.

Aos meus pais **Teodoro e Maria**, pelo incentivo e pela compreensão em razão das minhas constantes ausências. A vocês o meu muito obrigado, pelo carinho, pelo apoio e pelo exemplo. “Amo vocês”.

Aos meus irmãos **Carlos Roberto, Rosangela, Claudemir, Rosiane, Clóvis e Carlos Eduardo**, pelo amor, carinho e atenção que sempre tiveram comigo, pelo apoio em todos os momentos, enfim pela confiança em mim depositada. “Sem comparação”

A meus padrinhos **Pedro e Eugênia**, que desde criança sempre torceram por mim. Agradeço por poder contar com vocês sempre.

A minha avó **Rosalina**, pela constante presença. Obrigada pela alegria que me proporciona.

Aos meus **tios, tias, primos e primas**, que prefiro não citar nomes para não incorrer no erro de esquecer alguém, meu muito obrigado pelo apoio.

A minha professora orientadora, **Rosana de Carvalho Martinelli Freitas**, pela compreensão, ensinamento e dedicação dispensados no auxílio a concretização dessa monografia.

A todos os professores, em especial à professora **Tânia Regina Krüger**, pela forma generosa com que sempre me acolheu e pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

A minha Supervisora de campo, **Débora Martini**, profissional que merece todos os elogios possíveis, pelo carinho, apoio e principalmente pelo ensino da prática.

De maneira alguma poderia deixar de agradecer àquela que considero minha segunda família, pessoas especiais que me apoiaram e fizeram parte da minha vida durante alguns anos.

A meu amigo e companheiro de grandes momentos, **Anderson**. Apesar da distância, antes incerta, agora uma realidade, reconheço a importância que teve em minha vida. A você, muito obrigado pelo carinho, paciência, cumplicidade, pelas boas conversas e principalmente por ser a pessoa que mais esteve presente em toda a minha vida acadêmica. "Sem você tudo teria sido mais difícil".

A minha segunda mãe e amiga, **Vera**, que me acolheu em sua casa. Agradeço pelo apoio incondicional, paciência e estímulo. A você, minha eterna gratidão. "Que o tempo não apague nossa amizade."

A minha querida amiga e irmã **Mithie** e sua filha **Morgana**, minha afilhada. Agradeço pelo companheirismo de todos os momentos. "Tenham certeza vocês moram no meu coração!"

Aos meus colegas do NASF Distrito Centro Florianópolis, equipes saúde da família e residentes, em especial **Juliana e Daniela**, minha sincera gratidão.

A minha amiga **Marla**, companheira de estágio, pelo apoio, carinho, aprendizado e por se disponibilizar na tradução do Abstract deste trabalho, meu muito obrigado.

A minha grande amiga, **Leidiane**, por dividir todos os momentos desta longa caminhada comigo, pela paciência de me ouvir nos momentos difíceis e por comemorar comigo minhas conquistas. Obrigada por tudo, inclusive pelas conversas e risadas no ônibus. "Espero tê-la como amiga para sempre!"

Às minhas **colegas de turma**, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas.

Enfim agradeço a **todos** aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a execução deste trabalho.

## RESUMO

Este estudo procura adensar a reflexão acerca da Humanização nos serviços de Atenção Básica tendo como referência a experiência de estágio curricular obrigatório realizado no Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) Distrito Centro Florianópolis. Tem como objetivo discutir a Política Nacional de Humanização (PNH), e como ela se materializa no Município de Florianópolis. Para alcançar este objetivo foi realizada uma pesquisa do tipo exploratória tendo como instrumento a observação, cujos dados foram obtidos através da observação do cotidiano da Unidade Básica de Saúde (UBS) Trindade e da análise dos documentos de planejamento do Município, quais sejam: o Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão e a Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007, que aprova a Política Municipal de Atenção à Saúde no Município de Florianópolis. Os resultados nos permitem identificar que humanização não se trata de humanizar o que já é humano, nem tão pouco de classificar ações profissionais como boas ou más, mas de considerá-la como enfrentamento, potência e co-responsabilidade, ou seja, seres humanos com diferentes saberes e poderes em interação, problematizando, executando e avaliando. Pode-se dizer que, em Florianópolis, embora não apareça de maneira explícita nos documentos estudados, a implantação do cuidado humanizado baseada na PNH, vem sendo trilhada de forma gradativa e de acordo com a disponibilidade do setor. Concluimos que a unidade observada não se encontra desarticulada do processo de humanização, porém, apresenta modelos de gestão centralizados e que certamente dificultam a articulação da equipe e impossibilitam a abertura para o outro como protagonista da ação.

**Palavras chaves:** Humanização, Política Nacional de Humanização, Atenção Básica.

## ABSTRACT

This study aims deepening the reflection about the humanization in Primary Care services by reference to the experience of curricular internship held in the Support Center for Family Health at Florianópolis downtown unit. Aims to discuss the National Policy of Humanization and how it materializes in Florianópolis. To achieve this objective was conducted an research exploratory observation with an instrument, which data had been obtained by observing the daily life of the Basic Health Unit of Trindade and analyzing the planning documents of the City, namely: The Municipal Health Plan, the Annual Program of Health, the annual Management Report and Ordinance / SS / GAB / No. 283/2007, which approves the Municipal Attention to Health Policy in Florianópolis. The results enable us to identify that it is not humanization, to humanize what is already human, neither to classify professional actions as good or bad, but consider it as a confrontation, power and co-responsibility, In other words, humans with different knowledge and power interacting, questioning, performing and evaluating . One can say that, in Florianópolis, even though it doesn't appears so explicitly in the studied documents, the implementation of humanized care based on the National Humanization Plan, has been traced gradually and according to the availability of the sector. We also conclude that the observed unit is not disarticulated from the process of humanization, however it has centralized management models and certainly hamper its teamwork and preclude the opening to the other as protagonist of the action.

**Key words:** Humanization, National Policy of Humanization, Primary Care.

## LISTA DE SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária a Saúde
<b>CAP's</b>	Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CLS</b>	Conselho Local de Saúde
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IAP's</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>IPUF</b>	Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis
<b>LOS</b>	Lei Orgânica da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Assistência à Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>MS</b>	Ministério da saúde
<b>PAB</b>	Piso de Atenção Básica
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PCCS</b>	Plano de Cargos e Carreiras dos Servidores
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
<b>PMF</b>	Prefeitura Municipal de Florianópolis
<b>PMS</b>	Plano Municipal de Saúde
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização



<b>PNHAH</b>	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré Natal
<b>PMF</b>	Prefeitura Municipal de Florianópolis
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>RAG</b>	Relatório Anual de Gestão
<b>RAIVVS</b>	Rede de Atenção integral às Vítimas de Violência Sexual
<b>RH</b>	Recursos humanos
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SF</b>	Saúde da Família
<b>SIMPAS</b>	Sistema Nacional de Previdência Social
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUDS</b>	Sistema Único Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade básica de saúde
<b>UFSC</b>	Universidade Federal de Santa Catarina

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Ilustração de parceria entre Equipe Referência e Equipe de Apoio.....	27
<b>Figura 2</b> - Modelo transversal de Gestão da PNH.....	34
<b>Figura 03</b> - Localização da cidade de Florianópolis.....	39
<b>Figura 4</b> - Estrutura Organizacional Atenção Básica Florianópolis.....	41

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Classificação dos Centros de Saúde por Distritos Sanitários, números de áreas e micro-áreas.....	42
<b>Quadro 2</b> - Recursos Humanos SMS Florianópolis.....	48

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 A Política de Saúde nos anos 2000.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 A Política Nacional de Humanização .....</b>	<b>28</b>
<b>3 A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO EM FLORIANÓPOLIS .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 O Município de Florianópolis.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 A Atenção Básica em Florianópolis.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4. Política de Humanização em Florianópolis e o foco na Atenção Básica .....</b>	<b>45</b>
<b>3.4.1 A Unidade Básica de Saúde .....</b>	<b>49</b>
<b>3.4.2.1 A Política de humanização a partir da Unidade Básica de Saúde.....</b>	<b>50</b>
<b>3.5 Sugestões para as Unidades Básicas de Saúde .....</b>	<b>54</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>59</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho, requisito parcial para a conclusão do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), decorre de algumas reflexões acerca do atendimento em saúde e de inquietações e inconformidade com situações do cotidiano das unidades de saúde, observadas no acesso aos serviços de saúde ou quando em acompanhamento a familiares e amigos, onde se percebeu situações constrangedoras e, por vezes, “desumanas” em relação à atenção dispensada aos usuários que ali estavam para atendimento ou para uma simples informação. Muitas vezes, as pessoas eram atendidas através do princípio da concessão de “favor” e cuja comunicação ainda se efetuava através de relações distantes e autoritárias.

Posteriormente, em 2012, a partir do estágio realizado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Distrito Centro, relacionado às disciplinas de Estágio Curricular Obrigatório I e Estágio Curricular Obrigatório II, do curso de Serviço Social, da UFSC, identificou-se espaços de discussão e possibilidades de mudanças nas relações que permeiam os serviços de saúde.

Assim, partindo das reflexões realizadas sobre os diferentes espaços, surgiu o interesse de elaborar uma monografia sobre o tema e esta ter como objetivo: discutir a Política Nacional de Humanização (PNH) e como ela se materializa no Município de Florianópolis.

A partir do final da década de 1980, teve início no Brasil um processo significativo de transformações no cenário político, social e econômico, que resultou na Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, no plano político-institucional, conquistas foram obtidas, havendo o encaminhamento de propostas de mudança no âmbito das políticas setoriais e da própria percepção do que é saúde, que passou a ser entendida como

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, Art. 196)

Este conceito de saúde incitou a regulamentação do SUS em 1990, através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS): Lei nº 8.080 de setembro de 1990, que dispõe acerca das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, conceituando-a como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu

pleno exercício, Brasil (1990a) e Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade no SUS.

A partir de sua constituição jurídica, o SUS foi sendo emendado, buscando consolidar um sistema de saúde organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, surgindo nesse período as primeiras discussões sobre a proteção dos direitos à saúde e à humanização da atenção.

A humanização em saúde como proposta para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, é um tema que embora novo datado dos anos 2000, com base em programas como a Política Nacional Humanização de Assistência Hospitalar (PNHAH), Brasil (2000) e Programa de Humanização no Pré Natal (PHPN), Brasil (2002b), na legislação vigente PNH, Brasil (2003b) e em autores como Puccini e Cecílio (2004), Benevides e Passos (2005), Deslandes (2005), entre outros, vem sendo discutido e problematizado por diversas categorias profissionais, entre elas, Nutrição, Bertin (2005), Enfermagem, Aquino (2008), Serviço Social, Anjos (2002), Chupel (2008) e Odontologia, Henriques (2009).

A humanização nasce associada às reivindicações por direitos dos pacientes e de críticas ao modelo tecnicista oferecido nos hospitais, sendo criado no ano 2000, o PNHAH Brasil (2000), com objetivo de criar uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica na rede hospitalar credenciada ao SUS. Na sequência, o Ministério da Saúde (MS) lança o PHPN Brasil (2002b) o qual aponta para a necessidade de uma política pública que se materializa em 2003 na PNH.

A PNH destaca-se por ser uma das áreas prioritárias de atuação do MS , “investindo na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” Ministério da Saúde (2004, p.8). Nesse sentido, humanização supõe troca de saberes, diálogos entre os profissionais e destes com os usuários e maneiras de trabalhar em equipe, levando-se em conta os interesses dos diferentes atores envolvidos.

Constata-se, porém, no cotidiano do trabalho, que mesmo diante dos avanços e da implantação de uma política de humanização transversal a rede SUS, ainda convivemos com modelos de cuidado centralizados, sem que considerem aspectos de coletividade e do indivíduo em sua integralidade.

Diante disso, o presente trabalho tem como questão norteadora: Quais são as diretrizes para o atendimento humanizado no Município de Florianópolis? Como elas se expressam na Unidade Básica de Saúde (UBS) Trindade?

A relevância deste estudo deve-se à necessidade de se refletir sobre os limites e as potencialidades das relações no serviço, considerando que as mudanças já ocorridas nesse âmbito são fundamentais, porém, não suficientes para modificar as ações na administração dos serviços prestados. Pois, embora as possibilidades se façam presentes, ainda muitos são os obstáculos que impedem sua efetiva implementação. “Filas intermináveis, pacientes mal atendidos por profissionais mal remunerados e desvalorizados, e todo tipo de conflito passaram a ser comuns nessa arena assim armada”. (RIOS, 2009. p.14)

Este cenário exige um permanente processo de análise da PNH, para que se possa avaliar sua efetividade de mudança nos modelos de atenção e de gestão, garantindo sistemas que assegurem acesso aos serviços. Assim, a originalidade deste estudo não se dá em discutir a humanização em si mesmo, mas sim a realizar uma análise da PNH a partir de sua materialização no serviço de Atenção Básica à saúde no município de Florianópolis.

A viabilidade da escolha deste tema se deu em função do tempo disponível para a realização deste estudo, da facilidade de acesso aos documentos, bem como de contato com equipe da unidade de saúde selecionada.

O estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa exploratória tendo como instrumento a observação, cujos dados foram obtidos através da observação do cotidiano da Unidade, “ação de olhar e escutar, é um sair de si para ver o outro e a realidade segundo seus próprios pontos de vista, segundo sua história.” Weffort (1995, p.10), tendo como pressuposto os resultados esperados pela PNH, os quais operam na sua relação com as diretrizes para sua implementação no nível da Atenção Básica.

Também foram analisados os documentos de planejamento do Município, quais sejam: O Plano Municipal de Saúde (PMS) 2011-2014, PMF (2010c), a Programação Anual de Saúde (PAS), PMF (2010a), o Relatório Anual de Gestão (RAG), PMF (2010b) e a Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007, que aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde no Município de Florianópolis, buscando a partir do objetivo desta pesquisa, categorias que expressassem a humanização no serviço. “A análise documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse” (CAULLEY apud LÜDKE e ANDRE, 1986, p. 38).

A presente pesquisa foi realizada no município de Florianópolis (SC), em um serviço de Atenção Básica à Saúde. A Unidade Básica de saúde (UBS) foi escolhida a partir do campo de estágio, onde se selecionou dentre as cinco UBSs, Agrônômica, Trindade, Monte Serrat, Prainha e Centro, acompanhadas pelo NASF Distrito Sanitário Centro, a UBS Trindade, considerando ser esta a unidade que mais se esteve presente durante a realização do estágio.

A inserção no ambiente observado se deu de agosto de 2011 a junho de 2012 no campo de estágio de Serviço Social no NASF Distrito Centro, por meio de 26 visitas a UBS, realizadas em diferentes turnos, onde se teve a oportunidade de observar a estrutura física da unidade, os fluxos de atendimentos, rotina de atendimento prestada ao usuário e demais atividades desenvolvidas pelos profissionais, tanto do NASF, quanto da ESF e setor administrativo.

Assim, tendo como referencial teórico para análise a própria PNH, foi dado início ao processo de discussão sobre o tema com apoio das bibliografias estudadas, visando atingir o conteúdo e responder aos objetivos desta pesquisa.

Destarte, a partir do objetivo da presente monografia, o desenvolvimento do tema proposto para o trabalho estruturou-se da seguinte forma:

Inicialmente, discorre-se sobre a PNH no contexto do SUS, apresentando um breve histórico da política de saúde no presente século e trazendo aspectos relevantes da PNH, tanto em esfera da legislação quanto da literatura.

Posteriormente, apresenta-se a Política de Humanização no município de Florianópolis, fazendo uma contextualização com foco na Atenção Básica e apresentando resultados dos dados observados nos documentos e na UBS Trindade.

Encerra-se o trabalho com as considerações finais, apresentando as reflexões obtidas no decorrer da pesquisa.



## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

Tendo em vista os objetivos para a presente monografia, nesta seção inicialmente discorre-se sobre a Política de Saúde no presente século, fazendo uma breve exposição dos 30 anos antecedentes, considerando-se que estes trazem implicações para a configuração do modelo de saúde atual e para o processo de humanização.

Na sequência, com a finalidade de explanar questões para o debate acerca da humanização, apresenta-se aproximações com base em dois principais eixos de análise, apresentados por Benevides e Passos (2005b), humanização ligada ao “conceito experiência”, concreto das experiências entre atenção e gestão, e humanização relacionada ao “conceito sintoma”, ideia de bondade intrínseca aos seres humanos. Posteriormente, apresenta-se o contexto histórico da PNH, delineando sua criação e implementação a partir do SUS e trazendo aspectos relevantes da humanização como subsídio nos cuidados primários à saúde.

### **2.1 A Política de Saúde nos anos 2000**

No levantamento histórico, o fato que se destaca inicialmente em relação à Política de Saúde no Brasil, refere-se ao modelo médico assistencial privatista que se homogeneizou na segunda metade do século XX, e entra em crise no final da década de 70, juntamente com a crise fiscal do Estado. Foram essas crises e o processo de redemocratização do país que determinaram novos rumos no campo da saúde, fazendo aparecer novos atores sociais engajados politicamente, os quais propunham um modelo alternativo de atenção à saúde. (BRASIL, 2006a)

Foi neste período que se gestou e difundiu-se o Movimento da Reforma Sanitária, encabeçado por intelectuais e militantes de um grupo que defendia a transformação da sociedade, articulados com partidos políticos de esquerda. A Reforma Sanitária inscreve-se no processo de constituição democrática na medida em que ao “propor o deslocamento efetivo de poder desde um setor específico, mas sem se reduzir a ele, trata de formular propostas contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação” (TEIXEIRA, 1989, p.42).

A meu ver, o conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão

material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado. (TEIXEIRA, 1989, p.39).

Este movimento de caráter modernizante e democrático buscava dar conta de um conceito mais abrangente de saúde, o “conceito ampliado”, dando início a uma profunda revisão de conceitos e estratégias de repensar a saúde, trazendo para a cena o debate em torno dos determinantes sociais da saúde.

Ressalta-se, que no ano de 1986, aconteceu o evento político-sanitário mais importante do setor saúde nessas duas ultimas décadas, a VIII Conferência Nacional de Saúde, contando com a participação de diversos setores organizados da sociedade, onde foram lançados os alicerces de um novo Sistema de Saúde, enfatizando-se os determinantes sociais da saúde, ou seja, as condições de vida e de trabalho dos sujeitos, incluindo alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Essa conferência teve desdobramentos imediatos nos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, deixando encaminhamentos para o SUS e para elaboração da seção saúde na Constituição Federal de 1988.

Entre a VIII Conferência de 1986 e a Constituição de 1988, dois fatos relevantes ocorreram: a criação em 10 de julho de 1987 dos Conselhos Nacional de Secretários Municipais (CONASEMS) e a criação do Sistema Único e Descentralizado de saúde (SUDS), com o Decreto presidencial em 20 de julho de 1987.

O SUDS representou um rearranjo institucional objetivando prioritariamente a universalização do atendimento com a redefinição dos princípios de integração, integralidade, hierarquização, regionalização do sistema de saúde e controle social. [...] O CONASEMS integra, então a recém-criada plenária das entidades de saúde junto a representações sindicais, de trabalhadores de saúde, de usuários e de outros grupos. (ANDRADE E BARRETO, 2007, p.38)

Esses movimentos culminaram em 1988 na Constituição Federal, conformada num espaço democrático de negociações constante, atribuindo novas responsabilidades ao Estado e destacando a saúde como direito. Assim, a Constituição Brasileira, define em seu artigo 196: que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, (BRASIL, 1988).

Para dar conta da efetivação deste conceito, em seu Art.198 menciona: as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um

Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Deste modo, cria-se o SUS, sendo constituído mediante os seguintes princípios e diretrizes: participação, equidade, descentralização, integralidade e universalização, preservação da autonomia, direito à informação pelo usuário, divulgação de informações dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário, utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, integração das ações de saúde, conjugação dos recursos das três esferas de governo, resolutividade e organização (BRASIL, 1990 a).

De acordo com Andrade e Barreto (2007), para detalhar os princípios, as diretrizes gerais e as condições para a organização e funcionamento do sistema, após grandes embates entre o Movimento Sanitário e o governo, foi estabelecido em 1990 a regulamentação infraconstitucional, através da LOS, que detalha legalmente o funcionamento do sistema: Lei nº 8.080 de setembro de 1990, que dispõe acerca das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade no SUS.

Conforme Roncalli (2003), os princípios constitucionais e a regulamentação do SUS pela LOS, ainda necessitavam de um delineamento maior no sentido de tornar clara a forma de operacionalizá-lo. Deste modo, o sistema foi se emendando por meio das chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas de 1991 a 1996, sendo estas, instrumentos normativos de regulação para transferência de recursos financeiros da União para Estados e Municípios.

Entre as NOB 01/91<sup>1</sup>; NOB 01/93<sup>2</sup> e NOB 01/96<sup>3</sup> dá-se ênfase a NOB/96, a qual debatida durante mais de um ano, promoveu avanços no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados. Prevê ainda, mudanças nas formas de repasses financeiros, estabelecendo novas sistemáticas para as ações e serviços de saúde,

---

<sup>1</sup> Implementada pela Resolução INAMPS n.º 258, de 07/01/91; promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos. Posteriormente retificada e publicada como Resolução n.º 273, de 17/07/91

<sup>2</sup> Editada pela publicação da Portaria n.º 234, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/ MS, de 07/02/92; normatiza a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992. Discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e produtividade e qualidade no SUS

<sup>3</sup> Instituída pela Portaria n.º 1742 GM/MS, de 30 de agosto de 1996; promove e consolida o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS

especialmente no nível da Atenção Básica, com destaque na implementação do Programa Saúde da Família (PSF) <sup>4</sup>, incorporando a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) <sup>5</sup>.

O PSF é uma estratégia que visa atender o indivíduo e sua família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com objetivo de:

Reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição do modelo tradicional da assistência, orientado para a cura da doença no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico social, que vem possibilitando as equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (MERHY e FRANCO, 2000, p.145).

Sob esta ótica, a família considerada um sistema complexo de relações onde seus membros compartilham um mesmo contexto social, passa a ser objeto de constante atenção e, conseqüentemente, espaço de maior necessidade de intervenções.

Para além do PSF e demais avanços no processo de descentralização provido pela NOB01/96, ocorreram densas modificações no modelo de financiamento através do Piso de Atenção Básica (PAB), implantado em 1998, o qual vem romper com a lógica do repasse global.

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao fundo estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

“O PAB pode ser considerado como agente intermediário no processo de descentralização do MS, contribuindo sobremaneira com os princípios do SUS, que são a universalidade dos serviços, a equidade na prestação de serviços e a integridade da assistência”. (BRASIL, 2002a p. 11)

O ano 2000 marca o tema humanização na agenda governamental através da 11ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”. E em seguida pela criação do PNHAH, em resposta à

---

<sup>4</sup> Existente desde 1994 e legalmente instituído e regulamentado pela Portaria Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, o PSF propõe mudanças na forma de pensar e reorganizar a prática da atenção à saúde levando-a para mais perto da família

<sup>5</sup> O PACS, importante estratégia no aprimoramento e consolidação do SUS, existe desde 1991, sendo legalmente instituído e regulamentado pela Portaria Nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997.

assistência hospitalar tecnicista e “desumana” identificada no número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, Brasil (2001). Destaca-se que o tema humanização na saúde surge no contexto de reforma do Estado, com o intuito de desviar o foco de questões estruturais do sistema e que interferem diretamente nos problemas na saúde, para o aspecto normativo de divisão de papéis no cuidado à saúde.

O PNHAH tinha por objetivo promover mudanças na cultura de atendimento em saúde no Brasil, baseado na perspectiva de humanização relativa à postura ética de respeito ao outro, de acolhimento e de reconhecimento dos limites.

Na sequência o MS lança neste mesmo ano o PHPN Brasil (2002b), o qual de acordo com Serruya (2003, p.13) “tinha como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania”. Este programa surge com base nas discussões de que o parto deveria ser humanizado.

Dando sequência ao desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil, destaca-se que o processo de descentralização orientado pela NOB 01/96 pode ser considerado como bem-sucedido em vários aspectos, mas revela também algumas fragilidades, a saber: “dificuldades no estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, na integração e hierarquia de serviços, na fixação de padrões semelhantes de oferta e qualidade, enfim, no tratamento das questões intermunicipais.”, (BRASIL, 2002a, p.14).

Buscando enfrentar esses entraves, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da NOAS/SUS<sup>6</sup> 01/01, com vistas à ampliação das responsabilidades dos municípios quanto à Atenção Básica e à definição do processo de regionalização da assistência. De acordo com Ministério da Saúde (2001) o objetivo principal desta norma é promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

A NOAS/SUS 01/01, busca definir, de forma mais clara, as responsabilidades e garantir a qualidade e efetividade das ações correspondentes a esse nível de atenção. Essa estratégia parte da identificação de um conjunto de ações necessárias para uma atenção adequada aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro, bem como da necessidade de garantir que essas ações sejam ofertadas com qualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

Segundo Andrade e Barreto (2007), o conjunto de estratégias dadas nesta Norma articula-se em torno da hipótese de que, no atual momento de implantação do SUS, a

---

<sup>6</sup> Norma Operacional da Assistência à Saúde. Portaria do Ministério da Saúde n.º 95, de 26 de Janeiro de 2001. Diário Oficial n.º 20-E, de 29 de janeiro de 2001.

ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia do acesso aos serviços, a regionalização e organização funcional do sistema são elementos básicos para o avanço do processo.

Durante sua curta existência, a NOAS SUS 01/01 mostrou problemas operacionais, e as discussões que se seguiram entre os diferentes níveis de gestão, levaram à elaboração da NOAS 01/02<sup>7</sup>, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios, Ministério da saúde, (2002). As principais mudanças introduzidas pela NOAS 01/02 foram:

1. O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual;
2. Estabeleceu que o Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do DF no que couber, independente de sua condição de gestão deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:
  - (a) Relação de todos os municípios da UF, independentemente da sua condição de gestão;
  - (b) Condição de gestão do município ou nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade;
  - (c) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal;
  - (d) Parcela de recursos financeiros para atendimento das referências intermunicipais;
  - (e) Parcela de recursos financeiros para atendimento da população residente sob gestão estadual;
  - (f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na SES;
  - (g) Limite Financeiro Global da UF, somas dos itens C,D, E, e F.
3. Estabeleceu que cabe aos Estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.
4. Foi estabelecida como prerrogativa dos Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do conjunto mínimo de serviços; (BRASIL, 2003 a. p. 37)

Assim, a NOAS 01/02 contempla propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidades e fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, sendo sua alteração fundamental, a constituição de redes funcionais de serviços de saúde, de forma regionalizada, buscando ultrapassar a visão de autarquia presente da municipalização da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

---

<sup>7</sup> Norma Operacional da Assistência à Saúde. Portaria do Ministério da Saúde n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial n.º 40-E, de 28 de fevereiro de 2002.

No início de 2003, o Ministério da Saúde inicia um debate defendendo a priorização do tema da humanização como aspecto basilar a ser contemplado nas políticas públicas de saúde, Benevides e Passos (2005a). Assim, nasce a PNH, não mais como um programa, mas como política fundamentada em “troca e construção de saberes; diálogo entre profissionais; trabalho em equipe; consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde” Brasil (2003b, p. 10). Sobre este assunto discorreremos com maior profundidade no próximo item deste capítulo, pois se constitui referencial teórico deste trabalho.

Dando sequência à reestruturação do modelo de saúde no Brasil, abre-se espaço para a saúde bucal na agenda de prioridades do governo, por meio do Programa Brasil Sorridente lançado pelo MS em 17 de março de 2004 para ampliar o acesso ao tratamento odontológico.

O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do SUS. (BRASIL, 2004 a)

O Brasil Sorridente é uma política de ampliação e qualificação da atenção em saúde bucal a todos os níveis, preconizando a expansão de equipes de saúde bucal junto às equipes de saúde da família e definindo a implantação de centros de especialidades odontológicas de referência para as equipes de saúde bucal. (BRASIL, 2004 b).

De acordo com Machado *et.al.* (2011) outras duas políticas foram priorizadas na agenda federal da saúde no ano de 2004, a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que representa a vertente de atendimento pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências e o Programa farmácia popular, que objetiva a ampliação do acesso da população aos medicamentos básicos e essenciais.

A partir do ano de 2006, dando continuidade ao marco de mudanças circunscritas na execução do SUS, foi instituído pela Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro 2006, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde, um movimento que não caracteriza norma operacional, mas sim uma revolução no modo de financiamento e nas responsabilidades dos gestores, articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa do SUS

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação

de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. (BRASIL, 2006 c)

O Pacto pela Saúde introduz a acepção de gestão pública na pactuação de metas e objetivos sanitários a serem alcançados na defesa do SUS. Estende a discussão da saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para Estados e municípios de forma compartilhada. (BRASIL, 2006 a)

Nesse viés de transformação e de viabilizar o direito a saúde de forma integral e descentralizada, aproximando os serviços de saúde da população, ressalta-se a regulamentação da Política de Atenção Básica, emitida pela Portaria nº 648/GN, de 28 de Março de 2006, onde fica estabelecido que Atenção Básica caracteriza-se por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006 b).

De acordo com Starfield (2002) a Atenção Primária à Saúde (APS) e/ou Atenção Básica é o contato inicial do usuário com o sistema de saúde, é o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população em geral ao longo do tempo.

A Atenção Básica tem a Estratégia Saúde da Família (ESF), antes denominada PSF, como estratégia prioritária para sua organização enquanto política ampliada, que incorpora diferentes dimensões assistenciais no acesso e garantia da saúde como um direito social.



A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. (BRASIL, 2012)

A ESF tem provocado um importante movimento na reordenação do modelo de atenção no SUS, sendo considerada fundamental no processo de comunicação, troca de experiências e de conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade. “São assim estipulados seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema”. (BRASIL 2009a, P. 7).

As ESF são compostas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil pessoas de uma determinada área, sendo sua atuação dada no território, principalmente, nas unidades básicas de Saúde da Família, nas residências e nos espaços comunitários. (BRASIL, 2009a)

“Dentro do escopo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, à territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o MS criou os NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008”. (BRASIL 2009a, p. 7)

O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família, Brasil (2009a, p.10). De acordo com Caderno de Atenção Básica nº 27, constitui-se missão do NASF,

Dar apoio e suporte as Equipes de Saúde da Família; vincular-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos conforme sua classificação; criar espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo; ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família. (BRASIL, 2009a p.16).

Na implementação da proposta do NASF, há que se estar atento a algumas diretrizes e princípios, a saber: integralidade, organização territorial, educação popular em

saúde, interdisciplinaridade; participação social; intersetorialidade; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; promoção da saúde e humanização, Brasil (2009a). Desta forma, a normativa do Ministério da Saúde discorre que os profissionais do NASF devem atuar em três eixos:

ATENDIMENTO COMPARTILHADO - com ênfase em estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail etc.; INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS DO PROFISSIONAL DO NASF com os usuários e/ou famílias, com discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, continuar mantendo contato com a equipe de SF; AÇÕES COMUNS NOS TERRITÓRIOS de sua responsabilidade desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF. Como o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais, etc. (BRASIL, 2009a, p.20)

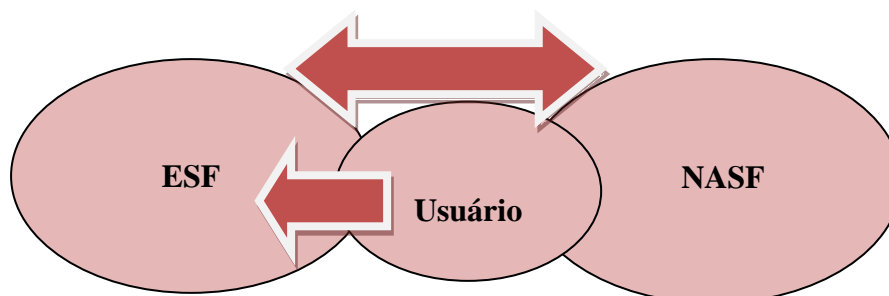
Deste modo, propõe-se que as intervenções do NASF ampliem seu escopo, envolvendo ao mesmo tempo, ações e serviços na construção de redes de atenção e de cuidado, bem como estar comprometido com a promoção de mudanças na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe NASF. (BRASIL, 2009a)

O NASF será formado por um conjunto de profissionais, a serem definidos pelo gestor municipal, seguindo, entretanto, critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais, optando entre as duas modalidades existentes: o NASF 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. E o NASF 2 composto por mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional. (BRASIL, 2009a).

A equipe de apoio (NASF) não tem, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de referência (ESF), Brasil (2009a). Equipe de Referência (ESF) e Equipe de Apoio (NASF) significam respectivamente, Equipes de profissionais que mantêm o cuidado ao longo do tempo e dos ciclos de vida; Equipe especializada que oferece

apoio em áreas do saber, ampliando as habilidades e oferecendo suporte técnico e pedagógico para as equipes de referência. Conforme figura a seguir:

**Figura 1 - Ilustração de parceria entre Equipe Referência e Equipe de Apoio**



Fonte: elaborado pela autora

Como marco atual de mudanças na execução do SUS e de adequação as normas, destaca-se a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, destacando a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

Entre outras modificações na publicação desta política, destacam-se: a diminuição do número de equipes vinculadas ao NASF 1, que passa a ser de no mínimo 8 e no máximo 15 ESF; reforço ao fato de que o NASF não é porta de entrada, porém, não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo; intersetorialidade como ponto chave para a atuação do NASF, afirmando que devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2011).

Assim, a Atenção Básica “deve estar conectada aos outros serviços do sistema de saúde, que devem lhe dar retaguarda e apoio, mas responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo, fazendo a gestão compartilhada que demandem outras tecnologias, sempre que necessário”. (BRASIL, 2009c, p.10)

A partir do exposto, observa-se o longo caminho percorrido pela Política de Saúde no Brasil no presente século, porém, reitera-se a necessidade de ampliar o debate em torno do processo de humanização, vista como prioridade na agenda da saúde não mais como um programa, mas sim, como veremos a seguir, enquanto política capaz de fortalecer o SUS e propor mudanças nas práticas de atenção e gestão, por meio do posicionamento político de diferentes sujeitos.

## **2.2 A Política Nacional de Humanização**

A discussão sobre a PNH só poderá ser realizada mediante a exposição de algumas análises existentes sobre a humanização na saúde, tendo em vista a polissemia que o tema desperta. Assim, apresentaremos a seguir, algumas das contribuições.

No processo de revisão bibliográfica identificou-se que entre os temas e ideias gerados pela PNH, nesta conjuntura de lutas, questionamentos e tensões que permeiam o setor saúde, muitos autores vêm se dedicando a estudá-la, embora com diferentes objetos de estudo. De acordo com Villa e Rossi (2002), Bazon *et.al*, (2004) e Hoga (2004), o uso dado ao termo Humanização, abrange a essência humana, respeito e dignidade no método de cuidar. Pessini e Bertachini (2004) e Bacs *et.al*, (2006), expressam humanização como respeito, ética e melhorias nas relações de trabalho. Já Tornquist (2003), Hotimsky e Schraiber (2005) e Rattner (2009), referem humanização às melhorias nos serviços direcionados ao parto. E por fim, Puccini e Cecílio (2004), Deslandes (2004) Benevides e Passos (2005), Ayres (2005), Casate e Corrêa, (2005) e Pedroso e Vieira (2009) entendem que humanização em saúde passa pelo fortalecimento do coletivo, sujeitos que compartilham o saber, poder e experiência vivida, a fim de promover mudanças nos modelos de atenção e gestão.

Destaca-se que neste trabalho, optou-se por discutir humanização a partir de dois principais eixos discutidos na atualidade, elencados por Benevides e Passos (2005b) como “conceito-sintoma” ligado a essência humana, que paralisa e reproduz a definição já dada, e humanização como “conceito-experiência”, a partir do fortalecimento do coletivo.

De acordo com Benevides e Passos (2005b, p. 389), define-se humanização “conceito-sintoma”, “um modismo que, em quanto tal, padroniza suas ações e repete modos de funcionar de forma sintomática. [...] Noção que paralisa e idealiza o homem como ser bom e perfeito”, capaz de apaziguar conflitos e dominar a situações.

De acordo com Villa & Rossi (2002, p.138),

o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta sim conduzirá o pensamento e as ações do profissional tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana. [...]

Nesse sentido “A humanização em saúde pode ser definida como o resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento” Bazon, et.al, (2004, p. 89). Trata-se, portanto, da “natureza humana dotada de uma potencialidade intrínseca de expressão, expansão e alcance de metas assim como de um contínuo processo de auto-superação e abertura para o novo”. (HOGA, 2004, p. 16)

Nessa direção opera-se com um conceito de humanização que vislumbra a emergência de uma natureza humana que, ao se manifestar, pode viabilizar certas melhorias nas relações interpessoais pautadas numa suposta bondade, tomada como atributo intrínseco aos seres humanos. Humanos naturalmente caridosos e solidários. Tal máxima nos leva a um entendimento segundo o qual se há problemas nos serviços de saúde, é porque o homem perdeu sua essência, seu lado bom, e então, é preciso humanizá-lo, ou, talvez, re-humanizá-lo (ARCHANJO, 2010, p.34).

Trata-se conforme Puccini e Cecilio, (2004, p.1346) do “estranhamento do homem diante do seu mundo. [...], pois, já sendo as ações humanas (sejam elas julgadas boas ou más) pertencentes ao homem, por que falar em humanizá-las?” Destarte, concordamos com Puccini e Cecilio (2004), porque humanizar o que já deveria ser humano? Poder-se-ia dizer que é no processo de socialização que a humanização tende a se configurar e manifestar-se?

São muitas as indagações ou incertezas diante da temática humanização, porém aqui cabe destacar a maneira como o conceito tem sido banalizado na sociedade, implicando ambiguidade na sua definição.

Contra a idealização do humano, na atualidade o desafio posto é o de redefinição do conceito de humanização a partir de um “reencantamento do concreto” Varela apud Benevides e Passos, (2005b, p.390). “Na verdade, trata-se de compreender a essência humana não como algo abstrato e imanente a cada indivíduo ou como algo universal que se manifestaria nos indivíduos, mas como um conjunto das relações sociais [...] das quais ele mesmo é o produto”. Puccini e Cecílio, (2004, p.1347). Trata-se de se refletir que, nascemos humanos, mas as características do ser humano também são construídas e introjetadas no processo de socialização, logo não é algo intrínseco e natural

É neste sentido que a humanização não pode ser pensada a partir de uma concepção estatística ou de distribuição da população em torno de um ponto de concentração

normal (moda). O que queremos defender é que o humano não pode ser buscado ali onde se define a maior incidência dos casos ou onde a curva normal atinge sua cúspide: o homem normal ou o homem-figura-ideal, metro-padrão que não coincide com nenhuma existência concreta. (BENEVIDES E PASSOS, 2005b, p.390).

Trata-se, de acordo com Benevides e Passos, (2005a, p.391), “de refletirmos a humanização enquanto “conceito experiência”, o qual se distancia do “conceito sintoma”, e se constrói com as direções da inseparabilidade entre atenção e gestão e da transversalidade”. Neste sentido, humanizar significa coletivizar, transformar os modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde, de forma que estes valorizem os diferentes sujeitos implicados neste processo como protagonistas da ação.

[...] Humanização como estratégia de interferência nas práticas de saúde levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. (BENEVIDES e PASSOS, 2005b, p.390)

Com isto, estamos nos referindo a formas de trabalho em equipe, envolvendo uma rede de diálogo, problematizando os saberes e poderes e negociando práticas de cuidado. [...] “os processos de trabalho são campos de produção de saber em que não se aprende por si mesmo, mas onde estão em cena redes de saberes formulados coletivamente”. (HECKERT, NEVES apud PEDROSO E VIEIRA, 2009, p.697)

Logo refletimos, uma [...] “proposta de humanização, que não estaria mais orientada por uma ideia de realização de uma suposta essência humana, mas comprometida com a busca dos melhores meios para o homem aumentar sua potência”. [...] (TEIXEIRA, 2005, p. 592).

Falamos, então, de um sentido de humano como produção, uma complexidade que se engendra como obra aberta. Uma humanidade que se constrói na experimentação, ou seja, entre a materialidade das formas humanas e a imaterialidade das afecções inumanas que nos compõem e se atualizam em práticas e modos de estar nos verbos da vida (viver, amar, trabalhar, produzir saúde). Esta compreensão descentra o que se configurou como senso comum nos sentidos instituídos de Humanismo e Humanização, a saber: o Homem-ideal (metro-padrão). Homem, este, abstrato e universal, que serviria de valor moral a partir do qual poderíamos rebater e classificar as práticas e condutas em boas ou más, certas ou erradas (NEVES; MASSARO, 2009, p. 512)

Assim, humanizar em saúde evoca repensar sentimentos de bondade, caridade, ajuda, nos quais o paciente necessita piedosamente do profissional para a resolução de uma situação de conflito ou dor. Exige posicionamento político de diferentes sujeitos no contexto

dos desafios que se apresentam cotidianamente. Deste modo, concordamos que não nos cabe julgar práticas profissionais, apontando culpados. “Culpabilizar pode gerar um desresponsabilizar. Quando não há um sentido coletivo do fazer em saúde, há espaços para atribuímos ao outro a responsabilidade pelas falhas, e nesse momento, há o risco de nos isentarmos da transformação” (PEDROSO E VIEIRA, 2009, p. 696).

[...] diferentemente da perspectiva caritativa que aponta o trabalhador como possuidor de determinadas características previamente definidas e até idealizadas, é fundamental a sua participação como sujeito que, sendo também humano, pode ser capaz de atitudes humanas e “desumanas” construídas nas relações com o outro no cotidiano. (CASATE e CORRÊA, 2005, p. 111).

“Trata-se, portanto, de uma concepção de humano que parte das formas de ser que se constituem no concreto das experiências dos serviços. Uma forma de ser humano que não está dada desde sempre ou que se define a partir de um modelo geral de humanidade”. Santos Filho, *et.al* (2009, p. 605). Significa, portanto, operar com o conceito de humanização, para além da ideia de homem modelo ideal, ou seja, experimentar no cotidiano das ações a noção de coletivo e transversalidade, onde a comunicação se dá pelo estabelecimento de redes (ARCHANJO, 2010).

[...] podemos traduzi-la como um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades (AYRES, 2005, p.557).

Nessa perspectiva, [...] “afirmamos a importância de investir em um outro humanismo, com uma ideia de humano que no cotidiano dos serviços possibilite aos trabalhadores e usuários, protagonistas da ação, discutir e refletir sobre o modo de fazer e pensar a saúde”. Archanjo (2010, p.57). Trata-se de nomear a humanização como “um movimento que propõe a inclusão das pessoas de uma organização/serviço para que possam reconstruir de forma mais compartilhada e coletiva modos de gerir e de cuidar, considerando princípios e diretrizes, que são pressupostos éticos, clínicos e políticos” (PASCHE, 2010, p.25).

Podemos dizer conforme Deslandes (2004, p.11) que se trata de “estratégia de interferência no processo de produção de saúde, através do investimento em um novo tipo de interação entre sujeitos, qualificando vínculos interprofissionais e destes com os usuários e sustentando a construção de novos dispositivos institucionais nessa lógica”. Para a autora, humanização deve ter como proposta a capacidade comunicativa maior entre profissionais e

destes com usuários e priorizar condições estruturais de trabalho, promovendo uma perspectiva ampliada sobre a produção do cuidado em saúde.

Incorporando a ideia do “conceito experiência” sobre o qual acabamos de relatar, e contra iniciativas que se apresentam como atitudes humanitárias, e reveladoras de bondade, como um “favor”, e não um direito à saúde, o MS cria no início de 2003 a PNH, sendo concebida como uma política que perpassa as diferentes ações instâncias do SUS.

Destaca-se que, como já relatado anteriormente, a PNH não foi a primeira aposta do MS na humanização das práticas de saúde. De acordo com Pasche e Passos (2008, p.92), “ainda que timidamente, esse tema já se anunciava desde a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que tinha como título “Acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social”. A partir desta, o MS lançou o PNHAH, ficando vigente entre os anos 2000 e 2002, com a proposta de humanização a partir do Hospital. O objetivo deste programa consistia em “aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. (BRASIL, 2001, p.07)

Na abordagem do manual do PNHAH, humanizar é:

Garantir à palavra sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto, que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nosso semelhante (BRASIL, 2000, p.03).

“Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva [...] o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão se tornar organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender as expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2001, p.07).

No ano de 2003, o PNHAH é elevado ao status de política, sendo instituído a PNH, como dimensão para efetivar seus princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, traduzindo maneiras de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde. (BRASIL, 2003b).

Entretanto, cabe aqui mencionar que embora a PNH esteja imbricada no processo de implantação do SUS, ela não pode se confundida com um princípio, mas sim está



comprometida com modos de fazer e com processos reais de transformação, efetivando no concreto os diferentes princípios do SUS. (BENEVIDES e PASSOS, 2005b).

Portanto, do ponto de vista da PNH entende-se por humanização,

aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.07)

A PNH denominada HumanizaSUS, destaca-se por ser uma das áreas prioritárias de atuação do MS, sendo orientada por valores que são: “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos de gestão”. Brasil (2006 d, p.8).

O HumanizaSUS caracteriza-se por atitudes, empenhos e iniciativas de todos os atores que participam e constroem o SUS. Assim, “aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade”. (BRASIL, 2009 b, p.4).

Não há, portanto, uma direção da política de humanização de resgatar o homem bom: médicos não são maus e os enfermeiros, bons. Os saberes técnico-científicos não são maus e os saberes populares, bons. Os especialismos não são maus e os generalismos, bons. O diferente não é mau e o igual, bom. (PEDROSO E VIEIRA, 2009, p. 697)

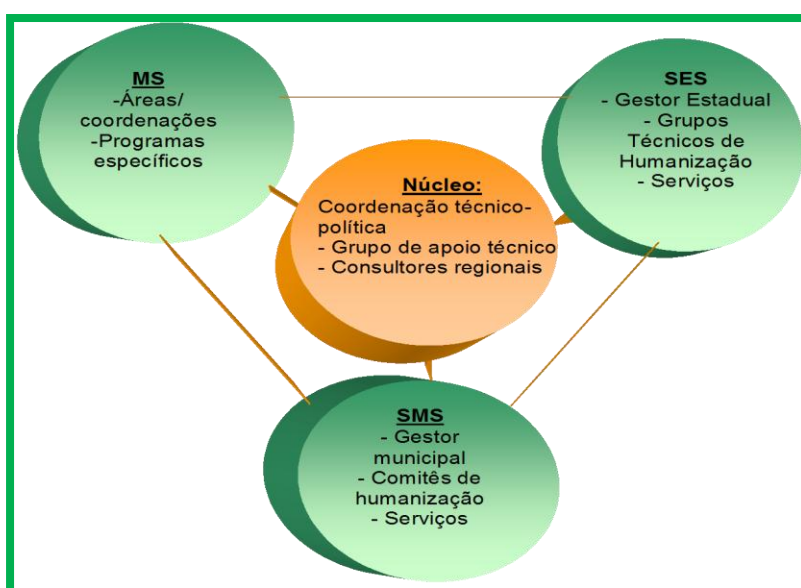
A PNH é compreendida a partir do SUS que dá certo, onde diferentes atores problematizam saberes e poderes e negociam práticas de cuidado. Assim, o princípio da transversalidade “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, caracterizando uma construção coletiva”, Ministério da Saúde (2004, p.07) vem justamente propor o desafio de:

colocar os saberes e práticas de saúde no mesmo plano comunicacional, provocando a desestabilização das fronteiras dos saberes, territórios de poder e modos instituídos nas relações de trabalho, para produção de um plano comum. (PEDROSO E VIEIRA, 2009, p. 696).

Com isso, humanização envolve ações e modos de agir de diversos serviços e entre diferentes atores. Sugere criar novos modos de se produzir saúde e, portanto, a produção de novos sujeitos, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo em interação. (PEDROSO E VIEIRA, 2009).

De tal modo, a Gestão da PNH não é algo realizado isoladamente, separando quem elabora daquele que executa, nem é tão-somente uma prática horizontal que se dá entre iguais. É desenvolvida pela Secretaria Executiva do MS através da Diretoria de Programas, atuando em conexão com Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as SMS. Sendo que, a coordenação ocorre através de um Núcleo Técnico específico de Humanização, de forma a mediar os processos de debate e pactuação de linhas de implantação e propagação da PNH, consolidando assim, uma estratégia comum e disseminada por toda a rede de atenção, Ministério da Saúde (2004). Deste modo, o que se propõe está de acordo com a figura a seguir:

**Figura 2 - Modelo transversal de Gestão da PNH**



Fonte: Site oficial PNH

Assim, afirmar o HumanizaSUS como eixo norteador das práticas em saúde supõe uma indissociabilidade com o próprio método de sua construção. Para a política ser transversal é necessário que seu modo de operar também o seja. A dimensão transversal da Política de Humanização no SUS implica um construir coletivo. Isso significa processos de pactuação no âmbito do MS, assim como nas diferentes instâncias do SUS, ou seja, é necessário combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS, com a articulação e a coordenação necessárias à construção de sinergia e ao acúmulo de experiências. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

“Por princípio entendemos o que causa ou dispara movimentos de mudança das práticas de produção de saúde”, Heckert *et.al*, (2009, p.495). Nessa perspectiva a PNH apresenta como princípios norteadores

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização;
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS;
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos; (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.9-10)

Na implementação desta política, trabalha-se para consolidar os seguintes resultados esperados:

1. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
  2. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.
  3. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.
  4. As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.
- (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p10)

Para a viabilização dos resultados esperados, classificados como prioridades na implementação da política HumanizaSUS, opera-se com os seguintes dispositivos, entendidos como “Modos de operar” ou “modos de fazer”:

acolhimento com classificação de risco; equipes de referência e de apoio matricial; projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; projetos de construção coletiva da ambiência; colegiados de gestão; contratos de gestão; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; projeto “Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico; programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa;(BRASIL, 2006d, p.19-20)

Podemos considerar que esses “modos de fazer” indicados na PNH, nos demonstram as direções para a tomada de ações no sentido de vigorar as transformações esperadas. No entanto devemos pensar na construção de novos modos de produzir saúde levando em conta “a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas”. (BENEVIDES e PASSOS, 2005a, p. 570)

Para a obtenção desses resultados e para uma maior compreensão do movimento desta política que atravessa as diferentes instâncias gestoras do SUS, temos de definir diretrizes gerais da PNH que façam valer o sentido comum da mudança nas práticas de produção de saúde.

1. Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa.
2. Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido.
3. Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.
4. Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.
5. Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos.
6. Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável.
7. Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores.
8. Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o auto desenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde.
9. Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 12-13)

As referidas diretrizes nos confirmam o sentido de ampliar as ações e práticas compartilhadas nos serviços de saúde, viabilizando a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados neste processo. São, portanto, orientações para alcançar as mudanças esperadas pela PNH, as quais passam pela construção de novos modos de gerir e de cuidar.

Para que tais mudanças se efetivem, surge a necessidade de estender a discussão especificamente para o nível da Atenção Básica, foco deste trabalho, considerando sua potencialidade neste processo de humanização.

Atenção Primária à Saúde e/ou Atenção Básica de acordo com Pasche (2010, p.13) “são expressões comumente utilizadas para se referir ao nível de atenção mais elementar de um sistema de saúde, onde se oferta um conjunto de serviços e ações capazes de interferir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população”. Starfield (2002) também compartilhando compreensão semelhante, se referirá à atenção primária como:

aquele nível do sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa ( não

direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002, p.28)

Portanto, não é um nível isolado de atenção, demanda conhecimentos de diferentes locais, necessitando estar conectada aos outros serviços do sistema de saúde, fazendo a gestão compartilhada dos casos mais complicados, sempre que necessário, mas sem deixar de responsabilizar-se pelo seguimento dos casos ao longo do tempo. (BRASIL, 2009c)

Considerando o HumanizaSUS como política transversal a rede SUS que visa atingir todos os níveis de atenção, indaga-se sobre sua contribuição para o nível da Atenção Básica?

Simões, *et. al* (2007) em discussão sobre esta questão, mencionam que os estudos tem dado pouca ênfase à relevância dessa temática, porém, os autores referem sua essencial importância, mesmo que o usuário da Atenção Básica, não seja muitas vezes, um cliente adoecido, mas que da mesma forma necessita e busca um atendimento de qualidade e humanizado.

O tema Atenção Básica tem sido incluído na PNH, como espaço de reflexão e de ação estratégica para a qualificação do SUS como política pública, favorecendo por um lado a produção de vínculo e por outro a organização do cuidado, permitindo melhorar a composição da oferta do serviço à saúde de forma organizada. Brasil (2010) Assim, se compreende que

a atenção básica é estruturante e organizadora de práticas de cuidado, favorecendo a produção de vínculo, o trabalho em equipe e a produção da cidadania, haja vista sua necessária ação sobre o território, que deve considerar exigências técnicas e interesses e necessidades das populações. (BRASIL, 2010, p, 07)

A aposta da PNH na ampliação das ações da Atenção Básica consiste em:

produzir saúde, fazendo promoção, prevenção, cura e reabilitação. É fazer clínica e saúde coletiva compartilhadas entre sujeitos. É produzir sujeitos, trabalhadores e usuários com mais autonomia e força para decidir como caminhar suas vidas. [...] A Política Nacional de Humanização aposta na grupalidade, na potência de afetar e sermos afetados na prática clínica, individual e coletiva. (BRASIL, 2009c, p.33-34)

Estabelece-se como uma forte estratégia centrada no trabalho em equipe e na construção coletiva de troca de saberes e deslocamento de poderes, promovendo a valorização dos diferentes sujeitos. Na PNH (2004) são elencadas para o nível da Atenção Básica as seguintes orientações específicas:

- 1.elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde;
2. incentivar práticas promocionais de saúde;
- 3.formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema;

4.comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde; (MINISTÈRIO DA SAÚDE, 2004, p. 13).

Destaca-se que a PNH tem se afirmado em defesa do direito à saúde, da vida e da democracia nas organizações, respondendo a uma demanda por humanização na atenção e na gestão, portanto, não se apresenta como uma política específica de nenhum tipo de serviço de saúde, especialidade profissional ou âmbito gerencial no SUS, mas busca compor com elas, ou seja, quem está na Atenção Básica tem um ponto de vista diferente, porém complementar ao de quem está num outro tipo de serviço, e vice-versa. (Brasil, 2010)



Compreendida em uma área de 436,5 km<sup>2</sup>, Florianópolis tem sua economia alicerçada nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo. Dentre os atrativos turísticos da capital salientam-se, além das magníficas praias, as localidades onde se instalaram as primeiras comunidades de imigrantes açorianos, como o Ribeirão da Ilha, a Lagoa da Conceição, Santo Antônio de Lisboa e o próprio centro histórico da cidade de Florianópolis. (FLORIANÓPOLIS, 2012b)

Varrida por ventos muito variáveis possui clima subtropical úmido, que se caracteriza pela alternância de verões e invernos, e farta distribuição anual de chuvas. Seu relevo é formado por cristas montanhosas e descontínuas, e as altitudes variam entre 400 e 532 metros, sendo o ponto mais alto o Morro do Ribeirão. Da mata subtropical, que a revestia originalmente, resta muito pouco. (FLORIANÓPOLIS, 2012a)

Composta por uma população de 421.240 habitantes segundo Censo IBGE (2010) é o segundo município mais populoso do Estado, apresentando um crescimento de 18,72% em relação a 2000, onde o número de habitantes era estimado em 342.315. Possui um total de 322.875 eleitores (TRE, 2012).

### **3.2 A Atenção Básica em Florianópolis**

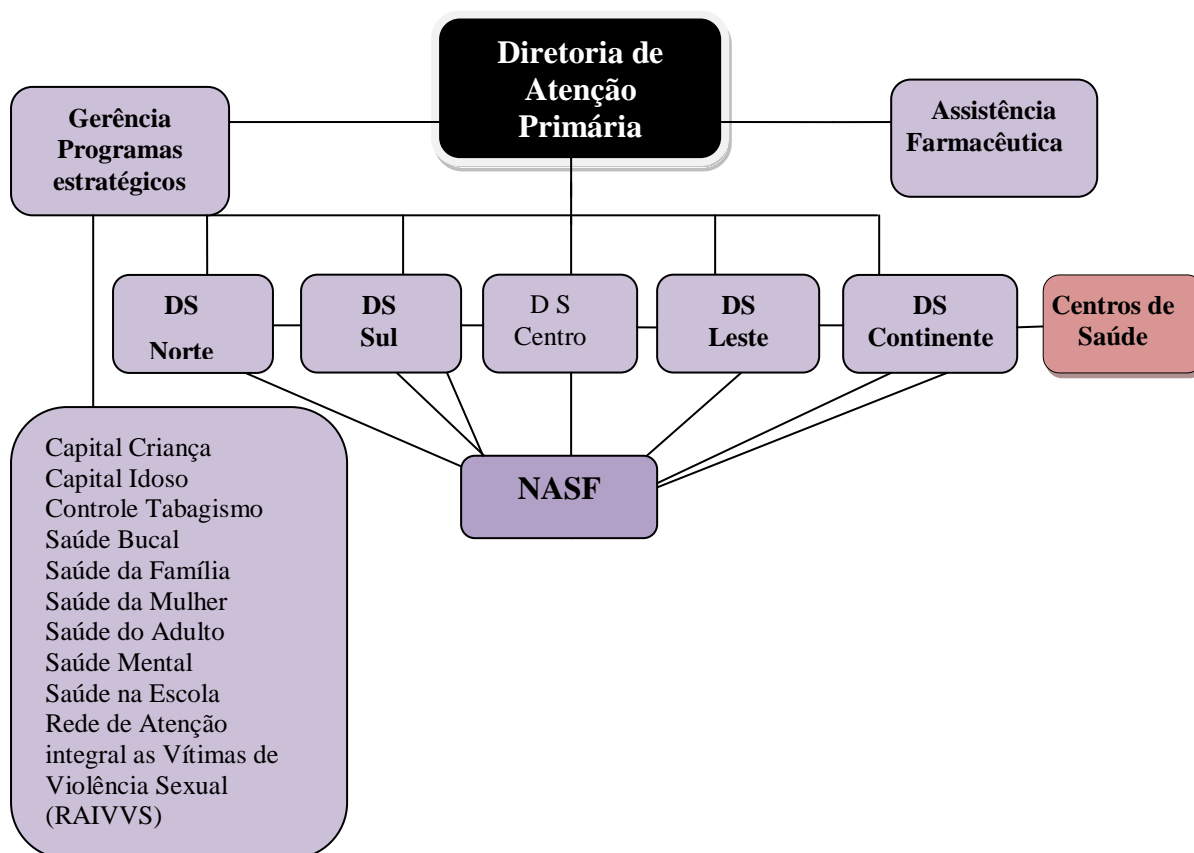
A Prefeitura Municipal de Florianópolis é composta por 15 secretarias municipais. Dentre as secretarias, a SMS, com a missão de promover ações de prevenção, assistência, promoção e reabilitação em saúde contribuindo de forma contínua com a melhoria da qualidade de vida da população de Florianópolis, resolve adequar a Atenção Básica do município às diretrizes do Pacto pela Saúde e organizar a ESF como eixo norteador e prioritário para a atenção a saúde, aprovando em 06 de agosto de 2007 a portaria/SS/GAB/nº 283/2007, instituindo a ESF como eixo central das ações de saúde à população. (FLORIANÓPOLIS, 2007)

O município está organizado sob gestão plena de Atenção Básica, se responsabilizando pelo nível primário (Unidades básicas de saúde) e secundário (Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e policlínicas). As unidades básicas são a porta de entrada no Sistema Único de Saúde, e o acesso à rede especializada ocorre por meio do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), disponibilizado pelo DATASUS ao município, para o gerenciamento e operação das Centrais de Regulação. É um programa (software) que funciona através de navegadores instalados em computadores



conectados à Internet. Atualmente a Atenção primária em Florianópolis pode ser assim caracterizada:

**Figura 4- Estrutura Organizacional Atenção Básica Florianópolis**



Fonte: elaborado pela autora

A rede municipal de saúde conta com 49 Centros de Saúde (CS), estruturados sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família, sendo divididos gerencialmente por distritos sanitários, em cinco regionais de saúde, Norte, Sul, Leste, Centro e Continente, conforme Portaria Municipal SS/GAB/283/2009. Os distritos sanitários têm como função principal o gerenciamento da rede no nível de sua região, sendo também de sua competência a responsabilidade sobre a vigilância à saúde e sobre o acompanhamento do desempenho das unidades de saúde de sua área.

Com o objetivo de definir territórios de responsabilidade para as equipes locais de saúde e tendo em vista a educação, promoção e proteção à saúde, a SMF em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Planejamento Urbano

de Florianópolis (IPUF), investe no método de Geoprocessamento e Territorialização, como ferramenta para facilitar a cobertura da Atenção Básica à população, construindo áreas de abrangência e micro-áreas de cada CS, Florianópolis (2010 e), conforme quadro a seguir:

<b>QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE POR DISTRITOS SANITÁRIOS, NÚMERO DE ÁREAS E MICRO-ÁREAS</b>			
<b>DISTRITO SANITÁRIO</b>	<b>Nº CENTROS DE SAÚDE</b>	<b>Nº ÁREAS</b>	<b>Nº MICRO - ÁREA</b>
<b>NORTE</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>134</b>
<b>SUL</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>149</b>
<b>CENTRO</b>	<b>05</b>	<b>17</b>	<b>99</b>
<b>CONTINENTE</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>125</b>
<b>LESTE</b>	<b>09</b>	<b>22</b>	<b>110</b>
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>111</b>	<b>617</b>

Fonte: Elaborado pela autora, dados Florianópolis (2011)

Assim, cada CS, a partir do número de áreas e micro áreas estipuladas, conta com ESFs compostas por equipe multiprofissional, formada por no mínimo um Médico (preferencialmente de Família e Comunidade), um enfermeiro, dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e de 5 a 12 (cinco a doze) agentes comunitários de saúde (ACS). Quando ampliada, conta ainda com um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, sendo que cada equipe é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias (mínimo 3,000 e máx. 4.000 famílias), localizadas em uma área geográfica delimitada. (FLORIANÓPOLIS, 2007)

As equipes se caracterizam por ser a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; ter território definido, com uma população delimitada; intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; prestar assistência integral, permanente e de qualidade; realizar atividades de educação e promoção da saúde. (BRASIL, 2009a)

Dessa forma, as ESFs em Florianópolis, tendo como responsabilidade o conhecimento do território e da sua população, têm como competência: conhecer a realidade da população que reside na área de abrangência; realizar acolhimento com base na humanização do atendimento, devendo esta postura ser adotada por toda a Equipe, durante

todo o expediente; garantir o atendimento a casos de urgência a qualquer usuário do SUS que procure o CS, mesmo que de outra área de abrangência ou município; realizar acolhimento através de critérios de risco; ter participação na formação de recursos humanos na área de saúde; realizar visita domiciliar voltada para atendimento a usuários com dificuldade e/ou impossibilidade de ir ao CS; ter espaço para organização, planejamento de ações e/ou para discussão de casos e educação permanente; ter espaço para reunião administrativa e/ou de planejamento de ações de todos os profissionais das ESF; disponibilizar em local visível, dados e informações do CS para a população, (FLORIANÓPOLIS, 2007).

Destarte, são considerados princípios mínimos do processo de trabalho nos CS Florianópolis: o acesso universal, ou seja, todas as pessoas que entrarem no CS devem ter uma escuta qualificada e uma resposta ao seu problema de saúde; corresponsabilização, caracterizada como estímulo ao usuário para que se co-responsabilize pelo seu cuidado; vínculo entre profissionais e usuários; atuação em equipe; assistência integral e resolutiva, por meio da abordagem completa do indivíduo, articulando e disponibilizando os diversos recursos e níveis de atenção; equidade como princípio para a definição de prioridades no processo de organização da assistência; participação no planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais (FLORIANÓPOLIS, 2007).

Os CS devem organizar suas atividades e ações conforme a prevalência dos problemas de saúde existentes, considerando as particularidades locais e os programas prioritários da SMSF, quais sejam: Capital Criança, Capital Idoso, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Prevenção do Câncer, Controle do Tabagismo, Saúde Bucal e RAIVVS, Florianópolis (2007). Devem ainda responsabilizar-se pelo Programa de Assistência Farmacêutica, o qual consiste num conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso aos medicamentos e o seu uso racional.

Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, garantindo a continuidade e integralidade da atenção, foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB/SC e o Conselho Municipal de Saúde em 2008, o NASF em Florianópolis, porém, somente em 2010, com a Instrução Normativa 001/2010, é que foram criadas as normas e diretrizes para qualificá-lo enquanto política ampliada de proteção social direcionada à saúde da família e que incorpore diferentes dimensões assistenciais no acesso e garantia da saúde como um direito social.

Em Florianópolis, existem sete NASFs, sendo os mesmos gerenciados por Distritos Sanitários, localizados 02 no Sul, 01 no Norte, 01 no Leste, 01 no Centro e 02 no Continente. Cada NASF é vinculado a no mínimo oito e no máximo vinte ESF de um mesmo Distrito Sanitário, devendo este se co-responsabilizar em conjunto com as ESF, pela população adstrita de seu território, dando suporte direto às ESF e realizando atendimentos específicos em suas áreas de atuação, Florianópolis (2010 d). Porém, ressalta-se como mencionado anteriormente, que a Política Nacional de Atenção Básica, Brasil (2011), traz a diminuição do número de equipes vinculadas, passando a ser de no mínimo 08 e no máximo 15 ESF por NASF.

Cada NASF em Florianópolis deverá ser composto por pelo menos cinco profissionais de categorias diferentes entre as seguintes sete categorias: psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, farmacêutico, pediatra e profissional de educação física, podendo ser complementado por outros profissionais entre as 13 ocupações definidas referida Portaria nº MS/154/2008, de acordo com a definição da gestão municipal (FLORIANÓPOLIS, 2010 d)

O acesso aos profissionais dos NASF deverá ser dado através da Atenção Primária à Saúde, mediante o encaminhamento pelas ESF, ou por outras modalidades definidas conjuntamente com estas, a exemplo dos grupos de acolhimento. Assim, o trabalho é realizado de forma compartilhada e interdisciplinar, sendo que as intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias devem ser procedidas de discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de Saúde da Família responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF se dê apenas em situações extremamente necessárias e quando ocorrer, os mesmos devem continuar mantendo contato com a ESF, do respectivo CS (FLORIANÓPOLIS, 2010 d).

A organização do processo de trabalho dos NASFs Florianópolis se dá em três grandes frentes de acordo com Instrução Normativa 001/2010, Florianópolis (2010 d):

**Atendimento compartilhado e educação permanente**, que se traduzem em espaços de troca de saber, habilidades, competências e construção de co-responsabilidade entre os profissionais, que aprendem juntos na realização das ações em saúde. Para este fim são realizadas consultas e visitas conjuntas; grupos compartilhados; discussão de situações e temas; construção de projetos terapêuticos; consultas e orientações breves (telefone, e-mail).

**Intervenções específicas dos profissionais do NASF.** Dá-se na forma de retaguarda especializada. Assim, realiza atendimentos individuais e coletivos (usuários,

famílias, grupos) de situações que ultrapassam a capacidade das ESF, sendo os critérios e modos de acionamento do profissional apoiador e de encaminhamento direto, discutidos entre os profissionais, de forma a garantir a longitudinalidade e coordenação do cuidado na Atenção Primária.

**Ações compartilhadas no território.** Significa ultrapassar os muros da unidade de saúde, como potencial para ampliar o campo de atuação das ESF. As ações realizadas consistem na articulação de ações junto aos equipamentos públicos (escola, igreja, polícia, conselho tutelar); apoio a grupos comunitários, ativação de redes; práticas educativas com a população; práticas comunicativas, produção de matéria; projetos de inclusão social e geração de renda; enfrentamento das violências; projetos de promoção de saúde.

Assim, “a organização dos processos de trabalho dos NASF com foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, [...] gerando experiência para todos os profissionais envolvidos”. (BRASIL, 2009a, p.7-8).

### **3.4. Política de Humanização em Florianópolis e o foco na Atenção Básica**

A PNH como política transversal a toda rede SUS, traz novos valores e práticas para os serviços de saúde. De tal modo, para o nível da Atenção Básica propõe: “incentivo do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores”, Ministério da Saúde (2004, P. 11). Enfoca como práticas humanizadoras, o fim das filas de espera, a ampliação dos mecanismos de comunicação e informação, as formas de acolhimento que levem a otimização dos serviços e ao acesso dos usuários, Fortes (2004). Deste modo os serviços que prestam a humanização na Atenção Básica

propõe-se à elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicamentos, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde e os usuários, além do estabelecimento de ambiência acolhedora. Enfatiza, ainda, a necessidade do desenvolvimento da gestão participativa nas instituições públicas de saúde envolvendo trabalhadores e usuários na tomada de decisão dos atos de gestão. (FORTES, 2004, p.33)

Assim sendo, como mencionado anteriormente, procuramos discutir como essa política se insere no Município de Florianópolis, através de dados que serão demonstrados a

partir dos documentos analisados, quais sejam: O PMS, 2011-2014, Florianópolis (2010c), a PAS, Florianópolis (2010a) o RAG, Florianópolis (2010b) e a Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007, Florianópolis (2007), que Aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde no Município de Florianópolis.

A partir da análise dos documentos anteriormente mencionados, embora não se refiram a Política de Humanização propriamente dita, com exceção da Portaria nº 283/2007 Florianópolis (2007), podemos identificar determinadas categorias, que direcionam à humanização, quais sejam: corresponsabilização e participação social, acolhimento, gestão participativa, direitos dos usuários, valorização profissional, Educação Permanente e Promoção de Saúde, os quais serão analisados na sequência.

**Corresponsabilização e participação social** correspondem a um dos eixos definidos pela PNH, “centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente” (BRASIL, 2004 c, p.07).

Nos documentos analisados aparece a intenção de incentivá-las por meio dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), para que eles possam auxiliar no controle Social e na concepção de serviços nos CS, considerando que a grande maioria das ações são apenas executadas. Entre os pontos de contato entre a SMS Florianópolis e o cidadão/usuário, estão a Ouvidoria, os CLS existentes e as Audiências Públicas, entretanto, permanece grande fragilidade nessa área, sendo reconhecida a necessidade de se investir na criação de novos CLS e na oferta de produtos e serviços que orientem a corresponsabilização do usuário sobre sua saúde e sua qualidade de vida (FLORIANÓPOLIS, 2010 c).

Quanto ao **acolhimento** “como ato ou efeito de acolher, expressa em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”. Brasil (2006e, p.6). Acolhimento é o

processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário.(BRASIL, 2006 d, p.51)

O acolhimento aparece na Portaria nº 283/2007, como uma postura a ser adotada por toda a equipe, durante todo o expediente, oportunizando 100% de **acesso**, evitando toda forma de burocratização e “jogo de empurra”. O atendimento acolhedor deverá ser **integral**

**e resolutivo**, por meio de abordagem completa do indivíduo desde sua chegada, baseado em critérios de risco, disponibilizando os diversos recursos e articulando diferentes níveis de atenção, garantindo inclusive o atendimento a casos de urgência a qualquer usuário do SUS que procure o CS, mesmo que de outra área de abrangência ou município. (FLORIANÓPOLIS, 2007)

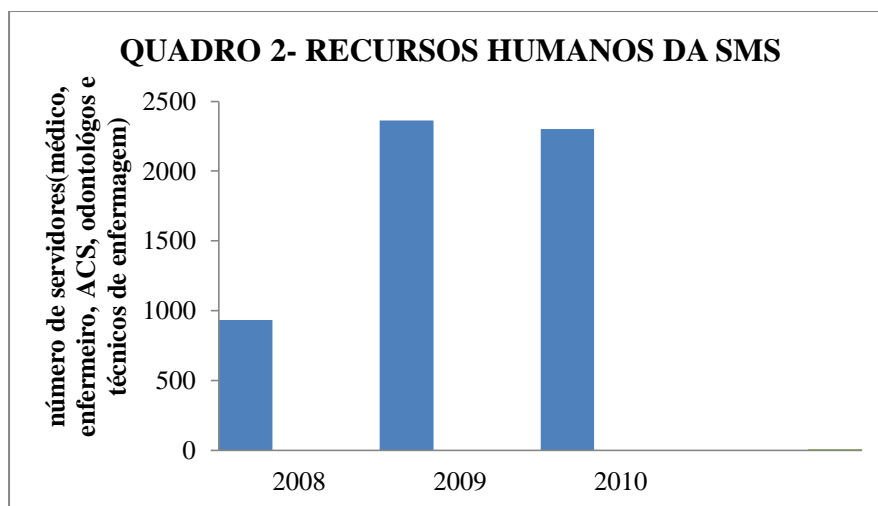
Em suas diretrizes, a PNH aponta a necessidade de “ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo assim a **gestão participativa**”, Ministério da Saúde (2004a, p. 12). Nos moldes da PNH

co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores. (BRASIL, 2004c, p.06)

Nos documentos analisados essa categoria aparece de modo ainda incipiente, entretanto, é demonstrado o interesse em investir em processos que envolvem os cidadãos/usuários e trabalhadores e há preocupação com os critérios de satisfação e expectativa de ambos, Florianópolis (2010 c). Assim “quando se assume o risco de não pretender tudo saber é que se pode compreender o outro, aceitando que ele tem algo a dizer, com toda a dimensão de falta que coloca a palavra, mas também de um saber que, por não ser total, pode se expandir infinitamente”. (OLIVEIRA *et al.*, 2006, p. 282).

Em relação aos **direitos dos usuários**, aparece a preocupação em criar canais de comunicação efetivos entre os diversos atores do sistema, incentivando principalmente a criação de novos CLS, e de serviços vinculados a informação, onde cada CS deverá disponibilizar em local visível para a população, informações/dados tais como (horário de atendimento do CS; relação de atividades oferecidas, com especificação dos dias e horários; data, horário e local de atividades coletivas e reuniões com a comunidade, etc.) (FLORIANÓPOLIS, 2007)

Acreditamos que Humanização “implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado” Simões *et.al* (2007, p.440) . Assim na perspectiva de **valorização profissional**, a Secretaria demonstra carências de Recursos Humanos (RH), porém, houve um aumento significativo no quadro, que em 2008, era composto de 936 servidores e passou, em 2009, para 2.361. Em 2010, esse número estabilizou-se em 2.300 profissionais de saúde, sendo que apenas a categoria de ACS apresentou tendência de redução. Florianópolis (2010c). Conforme quadro a seguir:



Fonte: elaborado pela autora, dados PMF (2010c)

Ainda relacionado à valorização profissional, busca-se acordar, através do Plano de Cargos e Carreiras dos Servidores (PCCS) e do Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Florianópolis, uma política contendo objetivos nos domínios promoção, remuneração, avaliação e delegação de competências. Além disso, a SMS pretende atingir as seguintes metas: ESF completa conforme Portaria nº 283; reduzir a proporção de ESF por NASF; adequação do número de ESF conforme acordo coletivo database 2010 (2.500 nas áreas de interesse social e de 3.000 para população geral); estabelecer canais de comunicação para que os trabalhadores do SUS possam participar da elaboração da política de educação permanente de forma ascendente e respeitando a política do RH (FLORIANÓPOLIS, 2010c).

**A Educação Permanente** é compreendida como “o enfoque mais apropriado para produzir as transformações nas práticas e nos contextos de trabalho, fortalecendo a reflexão na ação, o trabalho em equipes e a capacidade de gestão sobre os próprios processos locais”, Brasil (2009 d, p.56),

As ações de educação permanente em saúde envolvem a articulação entre educação e trabalho no SUS, visando à produção de mudanças nas práticas de formação e de saúde. Por meio da Educação Permanente em Saúde articula-se o ensino, gestão, atenção e participação popular na produção de conhecimento para o desenvolvimento da capacidade pedagógica de problematizar e identificar pontos sensíveis e estratégicos para a produção da integralidade e humanização.(BRASIL, 2006 d, p.58-59)

Neste sentido, os documentos propõe, para além das reuniões regulares para educação permanente de médicos, enfermeiros e técnicos, das reuniões de matriciamento e das reuniões de educação continuada nos distritos sanitários já existentes, implementar a



Política de Educação Permanente, porém esta meta ainda não foi cumprida (FLORIANÓPOLIS, 2010b).

Buss (2000, p.165), coloca a **Promoção de Saúde** “como uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos,”. Nesse sentido o objetivo da SMS Florianópolis, de acordo com os documentos estudados consiste em efetivar a Política de Promoção à Saúde no Município, mediante ações educativas para a comunidade em geral e grupos específicos.

Embora se considere a abordagem utilizada de extrema importância, há necessidade de acordo com Buss (2000) de aprofundamento de uma segunda etapa, num sentido amplo, de ambiente físico, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis para o desenvolvimento da saúde e fomento do protagonismo dos indivíduos e comunidade.

Na atenção básica, principalmente, o contexto no qual a pessoa está inserida interfere diretamente nas ações de saúde. Dessa forma, o enfoque da humanização para esse tipo de assistência deveria ser ainda mais criterioso. Seria preciso proporcionar, antes de tudo, porém, oportunidades para que os usuários e profissionais pudessem existir e viver dignamente. (SIMÕES *et.al.*, 2007, p.443)

Observa-se que na busca pela humanização muitos são os desafios encontrados, porém, este universo de tensões, mas também de possibilidades, pode ser considerado o impulsionador de novos rumos nos processos de atenção e gestão. Na Atenção Básica pode significar formas de integrar o usuário no sistema de modo ativo e de valorizar os trabalhadores, aumentando o grau de comunicação e de conectividade, ajudando-os a encontrar maneiras singulares de produzir saúde e de enfrentar circunstâncias que podem ser transformadoras para o cotidiano (BRASIL, 2009 c).

### 3.4.1 A Unidade Básica de Saúde

Os Centros de saúde são caracterizados como instituições públicas municipais e atendem gratuitamente a todas as pessoas que necessitarem de atendimento, realizando serviços de promoção de saúde e qualidade de vida centrada no indivíduo, com projeção para famílias ou grupos, bem como ações de prevenção, recuperação da doença e seus agravos,

A Unidade selecionada pertence à região Distrital Centro, está situada no bairro Trindade, Confluência da Rua Odilon Fernandes com Avenida Henrique da Silva Fontes,

6000, ao lado do TITRI (Terminal de Integração da Trindade) e possui 20.785 habitantes IBGE (2010).

Conta em sua equipe com ESFs compostas por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório Dentário e um número bastante reduzido de ACS, responsáveis por quatro áreas de abrangência e vinte e duas micro-áreas. Além destes possui cinco assistentes administrativos e uma equipe de apoio NASF/ Distrito Centro, composta pelas seguintes categorias profissionais: Nutrição, Farmácia, Serviço social, Psicologia, Educação Física, Fisioterapia, Medicina - Pediatria e Psiquiatria, sendo o trabalho realizado de forma compartilhada

As atividades de responsabilidade do CS Trindade consistem em planejamento, organização e avaliação da assistência à saúde, sendo realizadas, reuniões mensais de planejamento, reuniões semanais de ESF e reuniões de matriciamento. No campo da execução oferece os seguintes serviços: acolhimento, consultas médicas, odontológicas, de enfermagem, psicológica, nutricional, assistência social, marcação de exames, vacinas, assistência farmacêutica, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde (alimentação saudável, caminhada, apoio psicológico, tabagismo, direitos do trabalhador, diabéticos, etc.) atividades voltadas ao programa saúde na escola (PSE).

Para os atendimentos, o fluxo funciona inicialmente via passagem do usuário no serviço de recepção da unidade, sendo encaminhado conforme necessidade apresentada para o diferentes serviços: agendamento de consulta, marcação de exames, serviço de acolhimento a partir da livre demanda apresentada pelo usuário, atendimento farmacêutico, vacinação e participação em grupos. O funcionamento é das 08 as 17 h, de segunda a sexta-feira, sendo o atendimento organizado por ordem de chegada através de senhas.

#### **3.4.2.1 A Política de humanização a partir da Unidade Básica de Saúde**

A PNH enquanto política transversal que atravessa diferentes instâncias surge para aperfeiçoar os modelos de atenção e gestão, aumentando o domínio do sujeito adoecido e da população em geral frente ao poder e a autoridade do saber. Nasce com a finalidade de diminuir as desigualdades nas relações “caracterizada pela assimetria entre usuário e profissional pautada em uma situação de inferioridade do primeiro em relação ao segundo, com a desconsideração de seu saber e sua iniciativa”. (SOUZA E MOREIRA, 2008, P.331).

Ao estudarmos as relações entre profissionais e destes com os usuários no processo de atendimento das unidades de saúde, na perspectiva da humanização, torna-se relevante saber como isso acontece na prática.

Assim sendo, serão aqui analisados alguns aspectos que norteiam a PNH, evidenciados a partir das diretrizes específicas para o nível da Atenção Básica e dos resultados esperados na implementação dessa política, anteriormente citados, que podem ser discutidos nos seguintes pontos: acolhimento (acesso, otimização nos serviços, hierarquização dos riscos, direitos dos usuários, e responsabilização e vínculo); gestão participativa (trabalho em equipe, corresponsabilização, educação permanente); promoção de saúde; e elaboração de projetos individuais e coletivos.

O **acolhimento** está mergulhado no cotidiano das unidades de saúde, portanto não existe receita para tal ação, podendo acontecer simultaneamente a qualquer outro procedimento

Acolhimento significa recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (BRASIL, 2006e, p.35)

Acolhimento de acordo com Aquino (2008, p.37) “está relacionado com a possibilidade de universalizar o acesso à unidade de saúde e aos usuários que dela necessitarem. Implica na escuta atenta, na busca de resposta e no compromisso com a solução do problema de saúde apresentado ou com os encaminhamentos necessários”

Após apresentarmos em que consiste o acolhimento, passamos a compreender os diferentes modos de operacionalizá-lo na unidade de saúde.

A primeira forma de acolhimento na realidade observada refere-se ao **acesso** do usuário a unidade, ou seja, a recepção, sendo esta responsável pelo primeiro contato com o usuário, organização da demanda e de encaminhar as necessidades imediatas, evitando as filas. Durante o tempo que permanecemos na unidade, o atendimento acontecia por ordem de chegada, organizado por senha, e logo após os usuários eram encaminhados para os diferentes setores da unidade de acordo com a sua necessidade, sendo o principal deles o setor de “**acolhimento**”, procedimento este incorporado das diretrizes institucionais.

Esta realidade constatada foi problematizada por Chupel (2008), onde, por um lado o acolhimento consiste no espaço de ouvir, de conhecer as necessidades de saúde dos usuários, com vistas à integralidade da atenção e na busca por maior resolutividade, e por

outro o acolhimento como postura profissional e comportamento cordial, implícito na ideia de triagem e seletividade.

Não se pode dizer de acordo com Chupel (2008) que uma ou outra visão seja errônea, mas se pode afirmar que “quando o acolhimento se encerra nele mesmo, é mais difícil de atingir a integralidade e resolutividade, enfim as necessidades trazidas pelos usuários, cuja leitura depende do conceito a ampliado de saúde” (CHUPEL, 2008, p.97).

O acolhimento realizado de maneira não rotineira e seletiva, baseado na escuta do que o outro tem a revelar, mostra **compromisso e vínculo** com o usuário e com sua saúde-doença e possibilita identificar qual é o **profissional de sua referência**. O compromisso e vínculo também podem ser referenciados nas relações entre equipes, através dos espaços de interação e articulação. O modelo de vínculo constatado na UBS observada por parte dos usuários refere-se a sua área de abrangência, sendo esta identificada nas consultas realizadas de maneira dialógicas por diferentes profissionais, nas visitas domiciliares e nos grupos e entre as equipes, os espaços são as reuniões de planejamento, de matriciamento e de equipe. Constatou-se que entre os fatores que dificultam estas e outras ações que visam prestar atendimento humanizado, refere-se à rotatividade de profissionais, o não comprometimento dos gestores com usuário e com equipe e de ser uma unidade bastante “fechada”, às vezes, incapaz de acatar uma ideia de melhoria no serviço.

A responsabilização pelo cuidado com o usuário, de atendê-lo com qualidade, tirar suas dúvidas, colocá-lo a par de sua saúde e informá-lo sobre as diferentes atividades oferecidas pelo CS, é **direito do usuário** e pode ser considerado um fator importante na operacionalização do processo de humanização. Na UBS Trindade é notada a preservação dos direitos mencionados, com fixação de mural em local visível, contendo informações sobre os profissionais que trabalham no CS, horários de atendimento e tipos de serviços prestados, assim como, formas de contato telefônico indicando a marcação de consulta ou exame a ser realizado. Entretanto, observamos falhas na comunicação, quando há esquecimento de itens necessários à continuidade de determinadas ações e informações desencontradas.

No ideário da PNH afirma-se a produção de saúde e a produção de sujeitos, ressaltando que todos os envolvidos no processo saúde-doença se reconheçam como atores e saibam de sua capacidade em contribuir para qualificar a atenção e gestão, promovendo assim **gestão participativa e corresponsabilidade**.

A gestão participativa apesar de embrionária na UBS e permeada por relações centralizadas, aparece em diferentes espaços, que embora pouco utilizados, podem contribuir

para uma maior participação de todos os envolvidos na organização do serviço. A reunião de equipe, de matriciamento, de planejamento e os CLS são considerados veículos importantes nesse sentido. São espaços onde cada um pode ser acolhido e acolher, onde a valorização da troca de saberes e poderes podem acontecer, lugar que pode ser considerado importante para os mais diversos encontros: planejamento, discussões de situações, de criação da rede de apoio, de utilizar dados para conhecer melhor o território, de educação permanente, de elaboração de projetos terapêuticos, de avaliação do trabalho realizado e organização das informações que devem ser compartilhadas com a população. Cabe salientar que o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade na atenção a saúde é um dos princípios norteadores da PNH.

Além destes destacam-se como processo de co-gestão, a articulação intersetorial, reuniões com outras instituições para pactuações de fluxos e ações conjuntas e a mobilização da comunidade para participação em espaços de controle social: Conselho Local de Saúde, Fóruns de Saúde e Conferência Municipal de Saúde.

O incentivo a **Promoção de Saúde**, apontado como uma das diretrizes da PNH na Atenção Básica é viabilizado na realidade observada por meio de grupos de educação em saúde, a saber: grupo de caminhada, diabéticos e hipertensos, alimentação saudável, gestantes, direitos trabalhistas, entre outros. De acordo com Dal Prá (2003, p.11) ações voltadas à educação em saúde, se caracterizam como:

Espaços de democratização de conhecimento e informações, principalmente, no que se refere às rotinas institucionais da unidade, sobre os direitos dos usuários, sobre os recursos e programas existentes no centro de saúde, sobre os espaços de incentivo e mobilização para a participação da população em fóruns de controle social, como o Conselho Local de Saúde, e de discussão da política de saúde. Mas é também nestes espaços que a população expressa demandas por apoio, alívio de tensão, esclarecimentos, orientações e, principalmente, suas reivindicações e indignações quanto aos serviços de saúde da unidade.

Deste modo, a educação em saúde é um modo de intervir que prima pela informação, pelo diálogo e pela reflexão entre profissionais e usuários, propondo fortalecer o processo de mudança da realidade, bem como a ampliação dos direitos e na efetivação da cidadania. Cabe salientar de acordo com o que refletimos anteriormente sobre a Promoção de Saúde, que ações como estas são muito importantes, porém é preciso aprofundá-las no sentido de propor políticas públicas que proporcionem mudanças nas condições de vida dos sujeitos, sendo estas favoráveis para o desenvolvimento de sua saúde.

No que compete à realização de **projetos individuais e coletivos** para o usuário e sua rede social, estas são ações que perpassam os diferentes níveis do serviço, desde consultas

individuais, incluindo as realizadas pelo profissional NASF a partir da demanda ESF, as consultas conjuntas/multiprofissionais, visitas domiciliares, grupos de promoção de saúde, ações no território como Programa Saúde na Escola (PSE), articulação intersetorial e/ou visita institucional, entre outras.

Ações como estas possibilitam uma leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo que atendemos e permitem refletir sobre seus problemas, trabalhando propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o sujeito, sua família e comunidade e avaliadas pela Equipe.

### **3.5 Sugestões para as Unidades Básicas de Saúde**

Mediante achados deste estudo, sugere-se às Unidades Básicas de Saúde e SMS Florianópolis, alguns pontos que orientam as ações de saúde de acordo com o que discutimos neste trabalho sobre atendimento humanizado, como se segue:

- ✓ Disponibilizar aos usuários e comunidade, cartilhas e folders com os direitos e deveres do usuário do SUS.
- ✓ Incentivar o controle social a partir dos CLS, Conselho Municipal de Saúde e Conferência Municipais.
- ✓ Estimular e realizar o movimento da mobilização comunitária, como forma de fomento a participação dos usuários e comunidade nos processos que envolvem sua saúde.
- ✓ Desenvolver o acolhimento a partir das necessidades dos usuários, promovendo o princípio da integralidade no SUS.
- ✓ Realizar levantamento de avaliação de satisfação dos usuários e trabalhadores das unidades de saúde, divulgando e avaliando os resultados entre os mesmos, a fim de encaminharem os pontos críticos e proporem melhorias.
- ✓ Incentivar junto aos órgãos gestores a criação imediata do PCCS, com objetivo de motivar os trabalhadores, bem como prover melhorias no quadro funcional efetivo. Obs.: a meta já prevista no PMS atual.
- ✓ Realizar ações de Promoção de Saúde para além dos grupos de educação em saúde, no sentido de propor políticas públicas que proporcionem mudanças nas condições de vida dos sujeitos, sendo estas favoráveis para o desenvolvimento de sua saúde.

- ✓ Incentivar e promover espaços de gestão participativa, utilizando principalmente os espaços já existentes, como reuniões de planejamento, de matriciamento, de equipe tanto ESF, quanto NASF,
- ✓ Pensar as reuniões de equipe como espaços mais produtivos para os mais diferentes encontros, para pensar e elaborar projetos terapêuticos individuais e coletivos, planejamento de ações conjuntas e de educação permanente.
  - ✓ Promover espaços de educação permanente e de capacitação profissional, incentivando e dando possibilidades para que o trabalhador participe.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendendo-se a PNH sob a perspectiva do “conceito experiência, podemos traduzi-la como política pública capaz de desmistificar a existência de um “modelo ideal” de ser humano e de superar o entendimento de saúde como um “favor”, ou um “bem” realizado.

Acredita-se que humanização não se trata de humanizar o que já deveria ser humano, nem tão pouco classificar ações profissionais como boas ou más. Considera-se humanização deve ser fundamentada no modelo democrático-participativo, onde todos envolvidos têm potência e corresponsabilidade para decidir sobre os processos que envolvem sua saúde e enfrentar os obstáculos postos no cotidiano do cuidado. São seres humanos com diferentes saberes e poderes em interação, coletivizando, problematizando, executando e avaliando, sem receio de se colocarem um frente ao outro, como co-construtores do que é de interesse de todos

A PNH implica um fazer criativo, um desacomodar, um enfrentar desafios, um repensar de nossa atuação/intervenção, a partir da centralidade dos sujeitos na construção coletiva do saber e do poder. O modo de participação de cada um de nós está em criar alternativas, (re) inventar, afinal, programas e políticas são geralmente valiosos, ricos em conhecimento que podem facilitar e orientar a prática do cuidado, porém, não são suficientes para provocar mudanças, como é o caso da PNH.

Os dados reforçam que a PNH não se garante apenas pelas conquistas obtidas no plano legal, é preciso que ela se expresse na prática cotidiana dos serviços de saúde. Trata-se de um processo mutável, que expõe em seus alicerces a produção de saúde e a produção de sujeitos, implicando numa revisão de valores, conceitos e posturas por parte de todos os sujeitos envolvidos. Um processo que perpassa diferentes instâncias, apostando na Atenção Básica como favorecedora da produção de vínculo e do trabalho em equipe.

Destarte, percebe-se que, embora exista um intuito de mudança e de alinhamento voltado ao “conceito experiência”, isso nem sempre é identificado na prática, ao contrário, muitas vezes parece se realizar de maneira bastante utópica, maquiando as reais necessidades em saúde e negando os princípios do SUS.

O presente estudo possibilita concluir que, Florianópolis, embora não refira em seus documentos de planejamento, a PNH, traça como diretrizes para a humanização no atendimento em saúde, a Educação Permanente; a Promoção de saúde; o acolhimento; a



corresponsabilização e participação social; a gestão participativa, a efetivação dos direitos dos usuários; valorização profissional.

Revelou também, que os fundamentos advindos do arsenal teórico da PNH, e das diretrizes dos documentos analisados, permeiam a prática observada na UBS Trindade, entretanto, com algumas ressalvas, revelando necessidade de se complementar este trabalho e provocar melhorias nos seguintes aspectos: no acolhimento, de modo que este possa ser integral e resolutivo, com base no conhecimento às necessidades de saúde dos usuários a partir do “conceito ampliado de saúde”; no comprometimento e vínculo com o usuário, com a equipe e com a gestão, proporcionando modelos de atenção horizontal, onde todos possam planejar ações de saúde com maior proximidade; na observância aos direitos dos usuários, preocupando-se com os canais de comunicação e de serviços vinculados à informação; no fortalecimento da gestão participativa, do trabalho em equipe e na utilização dos espaços já existentes para conhecer melhor o território, para o fomento à educação permanente e para pensar estratégias de compartilhar ações com a comunidade; na promoção de saúde para além dos grupos de educação em saúde; na valorização profissional, principalmente na contratação de ACS, que se encontram na unidade observada em número mínimo, prejudicando o acesso e vínculo a população.

Assim, conclui-se que, por mais que se tenha avançado em termos de humanização e a UBS observada não esteja desarticulada deste processo, observamos a presença de modelos de gestão que certamente dificultam a articulação da equipe e impossibilitam a abertura para o outro como protagonista da ação. Com isto, sugerimos pensar formas de melhorias no trabalho em equipe, problematizando os saberes e os poderes e negociando práticas de cuidado, a partir de todos e de cada um, inclusive dos gestores e da comunidade.

Considera-se que as críticas têm que ser feitas para que se questione o que vem sendo realizado, pois são elas capazes de transformar o que já está enraizado em nosso cotidiano. Há que se criticar para melhor pensar e reconsiderar as ações realizadas, indicando possibilidades e desafios a serem superados, e revelar a potencialidade do que melhor poderá ser desenvolvido.

Pôde-se verificar ainda, que essa reflexão em torno da PNH e de sua materialização no município de Florianópolis, permite a visibilização da profissão do Serviço Social inserida na Atenção Básica enquanto parte da Equipe de Apoio NASF que atua desenvolvendo ou propondo políticas públicas que possam responder pelo acesso da

população aos serviços e benefícios e no reconhecimento do usuário enquanto sujeito de direitos construídos e conquistados socialmente, mas também sua afirmação enquanto tal, frente a uma equipe multiprofissional, onde se agregam diferentes visões, diferentes apreensões da realidade e diferentes ações profissionais, numa forma de compartilhamento de informações e saberes.

A contribuição do Serviço Social ao projeto de humanização está embasada na defesa dos direitos, garantindo que o usuário seja visto em sua integralidade e não apenas como um indivíduo doente. Também não podemos deixar de nomear sua importante participação na assessoria aos Conselhos de Saúde e no trabalho de mobilização da comunidade, proporcionando a atuação dos sujeitos autônomos e co-responsáveis.

Reafirma-se que o serviço social como profissão que tem na defesa dos direitos sociais, civis e políticos dos usuários, um dos focos principais de intervenção, poderá e deverá contribuir para o planejamento e execução de melhorias das relações na prática dos serviços de saúde na Atenção Básica e na organização, capacitação e sensibilização dos profissionais e gestores, para prática humanizada, que não significa achar culpados, mas viabilizar o diálogo entre fronteiras de poderes e saberes, por meio de capacitações e diálogo constante, e, portanto produzir sujeitos protagonistas da ação.

A partir deste estudo podemos concluir que para o Serviço Social, a humanização das relações em saúde adquire significado diferenciado, já que se considera o reconhecimento do usuário enquanto sujeito de direitos. Dito isso, pondera-se e que os Assistentes Sociais têm uma visão ampliada de saúde, considerando os determinantes sociais e o indivíduo na sua totalidade e assim podem ser considerados profissionais aptos a modificarem processos de trabalho e pensar formas de mobilizar a comunidade à participação no processo que envolve sua saúde.

Espera-se que este trabalho se constitua numa contribuição para os serviços de saúde em Florianópolis, especialmente para aqueles inseridos no âmbito da Atenção Básica. Porém, destaca-se que o assunto não está esgotado, ao contrário, trata-se de um breve começo. Sugere-se que novos estudos sejam realizados e que venham aperfeiçoar esta contribuição na direção do atendimento humanizado e que, inclusive, possam viabilizar pesquisas que dêem visibilidade à satisfação e expectativa dos diferentes sujeitos envolvidos.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.O.M de. BARRETO, I.C de H.C. **SUS passo a passo: história regulamentação, financiamento, políticas nacionais**. São Paulo: Hucicet, 2007.
- ANJOS, Elizandra dos. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de serviço social. **A Humanização e a qualidade no atendimento Hospitalar através da ótica da parceria: Uma proposta à Unimed Florianópolis**. Trabalho de conclusão de Curso. Florianópolis, UFSC, 2002
- AQUINO, Marly Denise Wuerges de. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa De Pós-Graduação em Enfermagem. **Acolhimento: Reflexões Sobre As Práticas dos Trabalhadores de uma Unidade Local de Saúde**. Florianópolis, UFSC, 2008. Dissertação (Mestrado)
- ARCHANJO, Juliana Valadão Leite. Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. **Política Nacional de Humanização: Reafirmando os princípios do SUS**. Vitória, 2010. Dissertação (Mestrado)
- AYRES, J. R. **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf> >. Acesso em: 30 de maio de 2012
- BACKES, D. S. et.al. **A humanização hospitalar como expressão da ética**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 132-135, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>>. Acesso em: abril de 2012
- BAZON, F. V. M. et.al **A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências**. Psicologia Teoria e Prática, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 89-99, 2004. Disponível em: <<http://www3.mackenzie.br/editora/index.php/ptp/article/view/1167/868>>. Acesso em: 27 de maio de 2012
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência e Saúde coletiva, v.10, n.3, p. 561-571, 2005 a.
- \_\_\_\_\_. **Humanização na Atenção à saúde: um novo modismo?** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005b
- BERTIN, Renata Labronici. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Nutrição. **Concepções e Práticas da Atenção Nutricional: Um Estudo de caso em uma Unidade Hospitalar com atendimento fundamentado na Humanização**. Florianópolis, UFSC, 2005. Dissertação (Mestrado)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. **Portaria Nº 1.886**, de 18 de dezembro de 1997, Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 1997

\_\_\_\_\_. Senado Federal. Constituição Federal 1988. **Constituição: Republica Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080** de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 1990 a.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142** de 28 de dez. de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, Ministério da Saúde, 1990 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_992\\_arq\\_753\\_ManualAdoAPNHAH-AProgramaANacionalAdeAHumanizacaoAdaAAssistenciaAHospitalar.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_992_arq_753_ManualAdoAPNHAH-AProgramaANacionalAdeAHumanizacaoAdaAAssistenciaAHospitalar.pdf)>. Acesso em: maio de 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites** Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: ministério da saúde, 2002b

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Política Nacional De Saúde Bucal-Programa Brasil Sorridente**. Material de divulgação, Brasília, 2004 a. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/folder\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/folder_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em: abril de 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários De Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 2006 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM** DE 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / 3. Ed.– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 27**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de atenção Básica/saúde da Família. Virtual 2012 Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: abril 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de humanização. **Atenção Básica**, Cadernos Humaniza SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Publicações da PNH**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342)>. Acesso em: março de 2012

BUSS, Paulo Marchiori, **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, V.5, n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P.M.; PELEGRINI Filho, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. **Humanização do atendimento em saúde**: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista Latino- Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a17.pdf)>. Acesso em: 20 de junho de 2012

CHUPEL, Claudia Priscila. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa De Pós-Graduação em Serviço Social. **Acolhimento e Serviço Social**: Um Estudo em Hospitais Estaduais da grande Florianópolis. Florianópolis, 2008. Dissertação (Mestrado)

DAL PRÁ, K. R. **As ações profissionais do Serviço Social no Centro de Saúde do Saco Grande e a consolidação do Sistema Único de Saúde**. Revista Textos e Contextos. Porto Alegre, nº 2, dez. 2003.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. Revista Ciência e Saúde Coletiva v. 9, n.1, p. 7-13, 2004

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.30-35, set- dez, 2004

FLORIANÓPLIS, Secretaria Municipal de Saúde, Gabinete do Secretário. **Portaria/SS/GAB/Nº 283/2007**, que aprova a Política Municipal de Atenção a Saúde, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica baseada na Estratégia de Saúde da Família. Florianópolis, agosto, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, Gestão e Transparência. **Programação Anual de Saúde de Florianópolis**, Florianópolis, 2010 a. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=govgestao&menu=2>>. Acesso em: maio de 2012

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, Gestão e Transparência. **Relatório Anual de Gestão**. Florianópolis, 2010b. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/03\\_06\\_2011\\_10.00.37.a90c3198a0895af04015f01d097252b2.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/03_06_2011_10.00.37.a90c3198a0895af04015f01d097252b2.pdf)> Acesso em: maio de 2012

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, Gestão e Transparência. **Plano Municipal de Saúde 2011-2014**. Florianópolis, novembro, 2010c. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/25\\_10\\_2011\\_7.53.50.46e2936aa698e65b5f137a0db2600b9d.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/25_10_2011_7.53.50.46e2936aa698e65b5f137a0db2600b9d.pdf)> Acesso em: maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução Normativa Nº 001/2010**, de 14 de janeiro de 2010. Define normas e diretrizes para a gestão e atuação dos Núcleos de Apóio à Saúde da Família - NASF em Florianópolis. Florianópolis, 2010 d.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, Mapoteca digital. **Territorialização**. Florianópolis 2010 e. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=territorializacao&menu=7>>.

Acesso em: junho 2012

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde, População. **Divisão dos Centros de saúde por distritos sanitários, áreas e micro-áreas**. Florianópolis, 2011 disponível em:

<[http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades\\_saude/populacao/uls\\_2011\\_index.php](http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2011_index.php)>.

Acesso em: julho 2012

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Turismo, Cultura e Esporte. **A cidade**. Florianópolis, 2012 a. Disponível em

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=a+cidade&menu=5>>. Acesso

em: julho de 2012

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Turismo, Cultura e Esporte. **História**. Florianópolis, 2012b. Disponível em

<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=historia&menu=5>>. Acesso

em: julho de 2012

GOOGLE imagens. Guia geográfico de Santa Catarina. **Imagens de Florianópolis**. Disponível em:

<<http://www.brasil-turismo.com/santa-catarina/mapas/mapa-florianopolis.htm>>. Acesso em:

julho de 2012

HENRIQUES, Franklin G. de C. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. **Humanização da atenção à saúde**: um estudo e caso sobre o serviço de saúde de um município em Santa Catarina. Florianópolis, UFSC, 2009. Dissertação (Mestrado).

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo and BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em Debate**. Interface (Botucatu). 2009, vol.13, p. 493-502.

HOGA, L. A. K. **A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde**: uma reflexão, Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/02.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2012.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. **Humanização no contexto da formação em obstetrícia**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 639- 649 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a20v10n3.pdf>>. Acesso em: março de 2012.

LUDKE, Menga e ANDRÉ, Marli. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas**, São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, C.V; BAPTISTA, T. W. de F. e NOGUEIRA, C. de O. **Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades**. Cad. Saúde Pública 2011, vol.27, n.3, p. 521-532, 2011.

MERHY, E.E. & FRANCO. T.B. Programa Saúde da família: contradições e novos desafios. In: Anais do Congresso Paulista de saúde pública/editores Áurea Maria Zollner Ianni. Claudia Bogus. São Paulo: APSP, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 91**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258\\_07\\_01\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf)>. Acesso em: 21 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545\\_20\\_05\\_1993.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf)>. Acesso em: 21 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em 21 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**, que aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 373**, de 27 de janeiro de 2002, aprova a Norma Operacional Básica da Assistência a Saúde – NOAS/SUS 01/2002. Brasília: Ministério da saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NEVES, C. A. B.; MASSARO, A. **Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo**. Interface (Botucatu), 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a03v13s1.pdf>>. Acesso em abril de 2012

OLIVEIRA, B.R.G., COLLET, N., VIEIRA, C. S. **A humanização na assistência a saúde**. Revista Latino-am Enfermagem, 2006 março-abril; 14(2): 277-84

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. **A Importância da Humanização a Partir do Sistema Único de Saúde**. Revista Saúde pública. Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008



PASCHE, Dário Frederico. **Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS ; v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p.11-28.

PEDROSO, Raquel Turci; VIEIRA, Maria Edna Moura. **Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida**. Interface Comunicação Saúde Educação, 2009, vol.13, p. 695-700.

PESSINI L & BERTACHINI L (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. EDUNISC-Edições Loyola, São Paulo, 2004.

PUCCINE, P.; CECILIO. L. **A humanização dos serviços e o direito a saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf>>. Acesso em abril de 2012

RATTNER, D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico**. Interface (Botucatu), 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf>, acesso em março de 2012

RIOS, Izabel Cristina, **Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão**. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2003. p.38

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. **A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde**. Interface (Botucatu), 2009. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 26 de maio de 2012

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A Experiência do programa de humanização no Pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Tese (Doutorado). Campinas- SP, 2003.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; RODRIGUES, Fernanda Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos e RODRIGUES, Leiner Resende. **Humanização na saúde: enfoque na atenção primária**. Texto contexto - enfermagem. 2007, vol.16, n.3, p. 439-444. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 22 de maio de 2012

SOUZA, Walter S.; MOREIRA, Martha, C. N. **A temática da humanização em saúde: alguns apontamentos para debate**. Interface – Comunicação, Saúde e Educação. v. 12, n. 25, p. 327-38, abr- jun, 2008

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, 2002.

TEIXEIRA, S.F. (org). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO. 1989.

TEIXEIRA, R. R. **Humanização e Atenção Primária à Saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a16v10n3.pdf>>. Acesso em maio de 2012

TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL, Estatística de Eleitorado, 2012. Disponível em: <<http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/quantitativo-do-eleitorado/consulta-quantitativo>> acesso em junho 2012

TORNQUIST, C. S. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. 419-427, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>>, acesso em maio de 2012

VILA V.S. C, ROSSI L.A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva**: muito falado e pouco vivido. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2002 março-abril; v.10. nº2, p.137-44.

WEFFORT, Madalena F. Educando o olhar da observação. In: WEFFORT, Madalena F. (Org.) **Observação - Registro - Reflexão**: instrumentos metodológicos I. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1995